



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
**UNIDAD XOCHIMILCO**  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

**VIOLENCIA HACIA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.**  
**PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS EN UN CONTEXTO DE ATENCIÓN**  
**PRIMARIA A LA SALUD**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**DOCTOR EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA**

**P R E S E N T A**  
**MARTHA LILIANA GIRALDO RODRÍGUEZ**

**DIRECTORA DE TESIS**  
**DRA. MARÍA DE LA PALOMA ESCALANTE GONZALBO**

**México D.F., Diciembre de 2015**

**A la memoria de mi padre,  
*por estar siempre en mi corazón***

**A Alejandro,  
*que con su magia llena mi vida de razones.***

**A mi madre,  
*que por su apoyo invaluable ha sido posible seguir alcanzando metas***

**A Fernando,  
*por su paciencia, apoyo y amor incondicional***

## AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que de forma directa o indirecta me brindaron su apoyo en distintos momentos para hacer realidad una meta que me había propuesto hace ya algunos años.

A mi directora de tesis, la Dra. Paloma Escalante Gonzalbo, por el valioso tiempo dedicado, por sus acertadas sugerencias y por la confianza que siempre me brindó. A mi comité de tesis, la Dra. Oliva López Arellano, la Dra. Florencia Rosemberg Seifer, la Dra. Martha Rebeca Herrera Bautista y el Dr. Edgar C. Jarillo Soto.

De manera especial, quiero expresar mi más grande reconocimiento a la Dra. Oliva López Arellano, coordinadora del doctorado y lectora de esta tesis, por su apoyo invaluable, por sus asesorías, por su trato afectuoso, por su calidez humana e integridad y por su buena disposición en todo momento.

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de la Dra. Cristina Cervantes, quien gestionó el ingreso a los Centros de Salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Mi agradecimiento también, a los directores de los centros de salud y a los profesionales de la salud, quienes me brindaron desinteresadamente su tiempo y espacio para hablar acerca de las personas adultas mayores y, de un tema tan delicado y preocupante, como es el de la violencia y su proceso de atención.

Asimismo, quiero agradecer inmensamente a las personas adultas mayores que abrieron su corazón y depositaron su confianza en mí, compartiendo parte de su vida y de su historia. A los cuidadores y/o familiares que se dieron su tiempo y espacio para sincerarse y compartir pensamientos, testimonios y emociones. A esos rostros y voces anónimas les quedo infinitamente agradecida.

A todas las instancias que financiaron mi proyecto. Al Instituto Nacional de Geriátría por el apoyo económico suministrado para el trabajo de campo y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca suministrada en el periodo 2013-2015.

También agradezco a la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, por darme la oportunidad de realizar los estudios de doctorado, así como a su personal académico y administrativo de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, específicamente, de Salud Colectiva y Medicina Social.

A mis compañeros de generación: Andrea, Adrián, Ana Rita, Irene, Juan Carlos, Verónica, Raquel, Lucrecia, Eloy, Andrés y Silvino, a quienes les agradezco profundamente haber compartido conmigo estos años.

A Rocío y a Blanquita por todo su apoyo y buena energía, así como a su adorada familia quienes nos han acogido siempre con cariño. A mis compañeras y amigas del alma Marcela y Dolores gracias por su diario compartir.

Todo mi cariño y agradecimiento a mi hijo Alejandro y a mi compañero del alma Fernando, que siempre han estado conmigo brindándome su amor, a mi adorada madre por su amor incondicional, por su apoyo y por alentarme día con día a culminar este proyecto de vida. A mi familia que a pesar de la distancia siempre están conmigo y a mi padre que sé que lo hubiera hecho muy feliz por este logro.

Este trabajo y el esfuerzo que representó están dedicados a ustedes.

## RESUMEN

La tesis doctoral que lleva por título “Violencia hacia las personas adultas mayores: percepciones y prácticas en un contexto de atención primaria a la salud” tuvo por objetivo aproximarse a la realidad de la violencia que viven las personas adultas mayores en sus hogares y su relación con el proceso de atención en tres centros de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Para ello se analizó, a la luz de las percepciones y las prácticas de los profesionales de la salud, el proceso de atención de las personas adultas mayores en situación de violencia, así como, las percepciones de los pacientes adultos mayores y de sus familiares/cuidadores con relación a la atención, los servicios de salud, a la vejez y a la violencia en el ámbito familiar.

La violencia hacia las personas adultas mayores en el ámbito familiar es un problema global de salud pública y de derechos humanos. La evidencia sugiere que la violencia hacia este grupo de la población es frecuente y predecible, costoso y produce devastadoras consecuencias como un menor bienestar, trastornos psicológicos, pérdida de seguridad, deterioro del estado funcional, discapacidad, así como, un aumento de la morbilidad y la mortalidad. La violencia es un problema que debe abordarse integralmente de lo contrario se seguirá atendiendo sus consecuencias con un alto costo para las instituciones de salud no sólo económico, sino social e individual. Existe el reconocimiento de que los profesionales de la salud están en una posición única con respecto al diagnóstico y tratamiento de la violencia hacia personas adultas mayores, así como, que pueden establecer una buena relación con éstos y con sus familiares y/o cuidadores, lo cual les permite reconocer situaciones de violencia e intervenir antes de que ocurra un evento catastrófico. Por ello, el desarrollo de estrategias de atención integral de la violencia desde la perspectiva de la propia institución y de sus usuarios como son las personas adultas mayores y sus familiares y/o cuidadores, permitirá a los profesionales de la salud tomar las medidas adecuadas para proteger a las personas mayores de la violencia y garantizar que reciban un servicio eficaz para reducir los efectos de la misma.

Considerando lo anterior, este trabajo indaga sobre las barreras existentes para una atención integral de la violencia hacia las personas adultas mayores en los centros de salud y, busca, aportar información y elementos para establecer procedimientos adecuados para realizar una atención integral y coordinada de los pacientes adultos mayores que viven violencia en el ámbito familiar.

La estrategia metodológica para hacer posible los objetivos propuestos fue de carácter cualitativo. Se realizó un trabajo de corte etnográfico, el cual comprendió la observación en la institución y en los hogares de los pacientes mayores y entrevistas semi-estructuradas. Los actores sociales involucrados en el proceso de la investigación fueron los profesionales de la salud de los tres centros de salud seleccionados, así como, personal administrativo (encargado de archivo y farmacia), pacientes adultos mayores que asistían a consulta médica o que pertenecían al programa de visitas médicas domiciliarias a población vulnerable y (VDPV), sus familiares y/o cuidadores.

Para abordar este fenómeno desde la salud colectiva fue necesario la construcción de un marco teórico *ad hoc* que provino de diferentes disciplinas y que tenía la característica de aportar desde una perspectiva crítica y amplia elementos conceptuales y explicativos de la violencia en una sociedad moderna en proceso de globalización y su relación con la salud, en un grupo hasta ahora poco estudiado. El grueso conceptual se retomó de la propuesta del teórico Johan Galtung, quien propone una clasificación de las violencias en la que distingue tres categorías: violencia directa, violencia estructural, y violencia cultural. De forma análoga se fue nutriendo esta noción de violencia con otros elementos explicativos como es el contexto urbano, la familia y las instituciones de salud.

En términos generales, se encontró la existencia de violencia directa, la cual fue más frecuente en las personas con limitaciones funcionales que requieren del apoyo de otros para realizar las actividades cotidianas de la vida. El trabajo permitió ver las posturas y experiencias de las partes implicadas en las situaciones de violencia hacia

las personas adultas mayores, así como su visión de las relaciones familiares y de los conflictos que generan las situaciones violentas. Los actores involucrados sostienen ciertos valores, de acuerdo con los cuales, la violencia es condenada cuando no es un problema que los afecta a nivel personal; pero, por otro lado, tienden a justificarla cuando es una situación cotidiana y que los involucra. En términos generales la violencia hacia las personas adultas mayores es un fenómeno de gran complejidad y diversidad donde son diversos los actores y los factores relacionados.

Con relación a la violencia cultural o simbólica, se identificó en el discurso de los entrevistados que las percepciones sobre el envejecimiento y la vejez, incidían en la existencia de prácticas violentas en contra de las personas adultas mayores, en la medida en que había un sustento cultural a tales formas de violencia. Asimismo, que dichas percepciones negativas también eran compartidas por las personas adultas mayores entrevistadas, lo cual las inhibía a hablar, evidenciar y porque no, a denunciar la violencia en su contra o les proveía una justificación o explicación para las agresiones sufridas.

Finalmente, la violencia estructural o sistémica que es palpada claramente a través del funcionamiento de las instituciones (los centros de salud) y las personas que brindan la atención en materia de salud. Se encontró que los profesionales trabajan en un ámbito fragmentado, que no siempre tienen claros los procedimientos de atención a la violencia, que cuando los conocen no siempre los aplican, que enfrentan una serie de carencias estructurales y de convicción pero que, pese a ello, deben idear estrategias, a menudo derivadas de su propia iniciativa y compromiso, para lidiar con situaciones sociales, económicas y familiares complejas. La fragmentación en el proceso de atención afecta también las relaciones interinstitucionales y, por tanto, se refleja en la atención brindada a los usuarios, a quienes expone a prácticas de violencia estructural. Sumado a ello, hay que enfatizar que el sistema de salud en general, y los centros de salud en particular, presentan muchas carencias estructurales las cuales complejizan y dificultan la labor de los profesionales, les causan limitaciones para su quehacer de

servicio y reducen el impacto que los centros de salud podrían tener en sus comunidades.

En términos generales, se observó una gran complejidad en todo el proceso, hay una prevalencia importante de discapacidad, aislamiento personal, debilitamiento de las redes de apoyo, cambios en la familia, ausencia de entornos favorables, existencia de estereotipos asociados a la vejez, discriminación por motivos de edad, y violencias. A la par con lo anterior, hay la ausencia de un sistema de salud adaptado a las necesidades de las personas adultas mayores, diseñado para curar enfermedades y cubrir cuotas de atención. Se observa que los problemas de salud se tratan de manera desconectada de la realidad social, donde no hay un vínculo con las familias y las comunidades, donde los servicios no cuentan con personal con conocimientos gerontológicos y geriátricos y, donde la violencia hacia este sector de la población carece de un reconocimiento como un problema de salud. Estos y muchos otros aspectos se combinan para que las necesidades de las personas adultas mayores no estén siendo bien atendidas y la posibilidad de vivir una vejez digna se vea reducida por las múltiples violencias de las que son objeto.

De esta manera, las recomendaciones al sistema de salud para atender estas situaciones y mejorar la intervención en los casos de violencia hacia las personas adultas mayores, abarcan tanto la capacitación como el mejoramiento de la infraestructura existente, así como los procedimientos en la atención de pacientes adultos mayores, tanto en los centros de salud, como en el sistema de salud en general. Queda claro, que desde la perspectiva de la salud colectiva se tienen que adaptar los sistemas de salud a las necesidades físicas, personales y sociales de la población adulta mayor que atienden actualmente, creando servicios que proporcionen atención integrada y garantizando el derecho a la salud de manera digna y eficiente.



## ÍNDICE GENERAL

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>CAPITULO I .....</b>	<b>16</b>
<b>HACIA UN ENTENDIMIENTO DE LA RELACIÓN TEORICO-CONCEPTUAL ENTRE CIUDAD, FAMILIA, PERSONAS ADULTAS MAYORES, VIOLENCIA Y SALUD .....</b>	<b>16</b>
I. Introducción.....	16
I.1. Aproximación teórica al concepto de violencia .....	18
I.1.1 La violencia en todas sus expresiones: por un acercamiento conceptual.....	18
I.2 El contexto urbano en relación con la violencia hacia las personas adultas mayores ...	33
I.2.1 El contexto urbano .....	34
I.2.2 Interpretaciones de la ciudad .....	36
I.2.3 El modo de vida urbano .....	40
I.2.4 Los actores urbanos en la construcción de la ciudad .....	45
I.2.5 El espacio urbano y el modo de vida desde una perspectiva crítica.....	48
I.3 La familia en el abordaje de la violencia hacia las personas adultas mayores.....	50
I.3.1 Algunas interpretaciones sobre la familia .....	51
I.3.2 Transformaciones en la familia .....	55
I.3.3 Las nuevas familias, vejez y violencia intrafamiliar.....	61
I.4 La medicina como institución social.....	65
I.4.1 Los abordajes hacia las instituciones .....	65
I.4.2 El poder institucional en la práctica médica.....	70
I.4.3 La institucionalidad de la salud y su práctica médica en México .....	73
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>79</b>
<b>LOS CENTROS DE SALUD Y LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA HACIA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES: UNA MIRADA DESDE LA ETNOGRAFÍA .....</b>	<b>79</b>
II. Introducción.....	79
II.1 Secretaría de Salud del Distrito Federal .....	80
II.1.1 Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable .....	82
II.2 Selección de los Centros de Salud .....	84
II.2.1 Perfil socio-demográfico y epidemiológico de la población atendida por el Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable en los tres Centros de Salud .....	84
II.3 Trabajo de campo.....	86

II.3.1 Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, Centro de Salud T-III Dr. Manuel Pesqueira .....	87
II.3.2 Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa, Centro de Salud T-III Dr. Guillermo Román y Carrillo .....	106
II.3.3 Jurisdicción Sanitaria Gustavo A. Madero, Centro de Salud T-III Dr. Rafael Ramírez Suárez.....	123
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>140</b>
<b>LAS VIOLENCIAS HACIA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.....</b>	<b>140</b>
III. Introducción .....	140
III.1 El contexto .....	143
III.2 Las violencias: una mirada desde los familiares y cuidadores.....	146
III.2.1 La designación de los cuidadores: porque quiero o porque me tocó! .....	147
III.2.2 Relaciones familiares .....	152
III.2.3 La violencia directa desde los familiares y/o cuidadores .....	155
III.2.4 La violencia estructural: yo ayudo y quién me ayuda a mí .....	160
III.3 Las violencias: una mirada desde las personas adultas mayores.....	169
III.3.1 Relaciones familiares .....	170
III.3.2 Formas de violencia directa hacia las personas adultas mayores .....	176
III.3.3 Sentimientos y emociones .....	192
III.3.4 Situaciones de riesgo observadas a través del trabajo etnográfico .....	194
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>199</b>
<b>PERCEPCIONES DE LA VEJEZ Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA HACIA LA PERSONA ADULTA MAYOR .....</b>	<b>199</b>
IV. Introducción .....	199
IV.1 Percepciones sobre la vejez y el envejecimiento.....	201
IV.1.1 La mirada desde dentro: las personas adultas mayores .....	202
IV.1.2 La mirada desde el entorno familiar: percepciones de los familiares y cuidadores sobre la vejez y el envejecimiento.....	213
IV.1.3 La mirada desde la sociedad: cómo el entorno percibe a las personas adultas mayores según los entrevistados.....	221
IV.1.4 La mirada desde la institución: los profesionales de la salud y sus percepciones sobre el envejecimiento .....	227
IV.2 Percepciones sobre la violencia .....	233
IV.2.1 Adultos mayores y familiares/cuidadores.....	233
IV.2.2 Profesionales de la salud.....	242

IV.3 Las percepciones sobre la vejez y la violencia y su relación con la atención .....	244
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>249</b>
<b>LA INSTITUCIÓN DE SALUD Y LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA A PERSONAS ADULTAS MAYORES .....</b>	<b>249</b>
V. Introducción .....	249
V.1 Un panorama general a los centros de salud y al programa de ADPV .....	252
V.1.1 Centro de salud Dr. Manuel Pesqueira (Delegación Iztacalco) .....	253
V.1.2 Centro de salud Dr. Guillermo Román Carrillo (Delegación Iztapalapa).....	256
V.1.3 Centro de salud Dr. Rafael Ramírez Suárez (Delegación Gustavo A. Madero) ..	259
V.2 El proceso de atención de la violencia hacia las personas adultas mayores .....	261
V.2.1 ¿Qué pasa con la atención de la violencia?.....	262
V.2.2 Instrumentos para la detección de la violencia: conocimiento y desconocimiento en la práctica .....	265
V.2.3 La sospecha y los métodos intuitivos para la detección de la violencia .....	267
V.2.4 La canalización de la persona adulta mayor en situación de violencia en los centros de salud .....	269
V.2.5 La canalización en el programa de ADPV, ¿intervenir o remitir? .....	272
V.2.6 La institución y la salud como práctica fragmentadora.....	275
V.3 Barreras para la atención de la violencia hacia las personas adultas mayores .....	282
V.3.1 Factores inherentes a la persona adulta mayor .....	282
V.3.2 Factores relacionados con el contexto socio-cultural y familiar de la persona adulta mayor .....	284
V.3.3 Factores vinculados con la institución y las condiciones de trabajo .....	287
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>296</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>308</b>
Referencias Bibliográficas.....	315
ANEXO 1. Entrevistas semi-estructuradas a Profesionales de la salud.....	325
ANEXO 2. Entrevistas semi-estructuradas a Pacientes Adultos Mayores.....	329
ANEXO 3. Entrevistas semi-estructuradas a Familiares y/o cuidadores.....	332
ANEXO 4. Carta de consentimiento informado para profesionales de la salud .....	334
ANEXO 5. Carta de consentimiento informado para personas adultas mayores .....	336
ANEXO 6. Carta de consentimiento informado para familiares y/o cuidadores .....	338
ANEXO 7. Características de las personas entrevistadas por Centro de Salud.....	340

## INTRODUCCIÓN

La violencia hacia las personas adultas mayores en el ámbito familiar es un grave problema social y de salud pública, con raíces históricas, sociales y culturales. Este problema se asocia con devastadoras consecuencias para este grupo de la población como un menor bienestar, trastornos psicológicos, pérdida de seguridad, así como, con un aumento de la morbilidad y la mortalidad.

La violencia hacia las personas adultas mayores no es un fenómeno nuevo, sin embargo, su identificación e incipiente reconocimiento, comparado con el maltrato infantil y la violencia hacia la mujer, lo pone como un nuevo problema social, de salud pública, de justicia penal y de derechos humanos. Según Stearns (1986) y Reinharz (1986), la violencia y el maltrato familiar hacia ciertos miembros de la propia familia han existido desde el comienzo de la historia de la humanidad, sin embargo, su reconocimiento público inició en la década de 1960, momento en el cual se registró por primera vez el maltrato infantil. Para la década de 1970 surgen estudios sobre violencia conyugal del hombre hacia la mujer incluyendo agresiones domésticas, mutilaciones, abuso sexual, psicológico y homicidios, y es a mediados de esta década, que aparece también el tema de la violencia hacia las personas adultas mayores (Burston, 1975).

Durante las cuatro últimas décadas la investigación sobre violencia hacia personas adultas mayores se centró en la búsqueda de explicaciones, definiciones, consecuencias para la salud, factores de riesgo, indicadores como el de la prevalencia e incidencia. En este sentido, han predominado los estudios epidemiológicos, la revisión de historias clínicas y de expedientes de agencias (Lau y Kosberg, 1979; Laumann, Leitsch y Waite, 2008; Phua, Ng y Seow, 2008).

A nivel internacional la prevalencia de la violencia en el ámbito familiar o maltrato (termino predominante en la literatura del ámbito médico) oscila entre 3 y 27.5% (Cooper, Selwood y Livingston, 2008), dicha variabilidad tiene que ver con la metodología del estudio, la definición, tipologías y los instrumentos para su detección. Se ha llegado a considerar que las diferencias entre los países con respecto a la prevalencia, se deben también a aspectos culturales y a la disponibilidad de servicios para el cuidado y la atención de personas mayores, en especial, de aquellas que presentan discapacidad y cuyo cuidado recae sobre la familia. En este sentido en particular, la carga del cuidador se ha asociado con una mayor vulnerabilidad que conlleva a situaciones de violencia (Garre, Planas, López, Juvinyá, Vilá y Vilalta, 2009).

En la región latinoamericana las investigaciones revelan una prevalencia de la violencia hacia personas adultas mayores en el ámbito familiar de 3 a 30 por ciento, por ejemplo: 3,6% en Cuba (Docampo, Barreto y Santana, 2009.), 14,7% en Argentina (Gil, 2002), 17,3% en Paraguay (Riveros, 2006), 21% en Brasil (Lopes, Oliveira y Falbo, 2006), y 24,8 al 30% en Chile (Quiroga, Wagemann y Torres, 2001). Es de subrayar que hay similitudes en los resultados de los estudios a pesar de las diferencias metodológicas y conceptuales.

En México se encontró para una población del área rural de Chiapas una prevalencia de 8.1% (Gómez, Rodríguez y Krug, 2007) y para la Ciudad de México de 10.3% (Giraldo y Rosas, 2013). La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares realizada en 2011, muestra que 17.8% de las mujeres con 60 y más años de edad habían sufrido al menos un tipo de violencia por parte de su pareja actual en los últimos doce meses y 11% había sufrido maltrato psicológico por parte de otras personas de su entorno familiar.

Otro de los grandes temas que ha predominado en la investigación tiene que ver con los factores de riesgo, más que hablar de causas el término preferido en el estudio del maltrato y/o violencia ha sido el de factores asociados, debido a una variedad de razones incluyendo el estado actual de la investigación que todavía no soporta una

teoría empírica que demuestre una jerarquía definitiva de relaciones causa-efecto (Ansello, 1996). Ante esta situación, existe una variedad de resultados en torno a los factores asociados a la violencia hacia personas adultas mayores, dicha variedad está determinada, de nueva cuenta, por la diversidad de definiciones, metodologías y técnicas de muestreo utilizadas en la investigación. Schiamberg y Gans (2000) proponen una adaptación del modelo ecológico de Bronfenbrenner para explicar la violencia ejercida por parte de los hijos e hijas cuidadoras hacia sus padres. En este trabajo los factores asociados los clasificaron en cuatro niveles diferentes: el micro-sistema, el meso-sistema, el exo-sistema y el macro-sistema. La enumeración de los factores de riesgo no es exhaustiva, sin embargo, representa los principales factores discutidos en la literatura, asimismo, las categorías no son mutuamente excluyentes. En el nivel micro toman como referente las características de la persona adulta mayor y del hijo o hija agresor, encontrando como factores de riesgo de la persona mayor: el sexo, el estado civil, la edad cronológica, el estado de salud, la presencia de demencia o de Alzheimer, el abuso de sustancias y el aislamiento social. Las características del hijo o hija son: el abuso de sustancias, la enfermedad mental, la falta de experiencia en la tarea del cuidado, la renuencia a realizar este tipo de actividad, el estrés y la sobrecarga, los rasgos de personalidad y la falta de apoyo social. En el nivel meso que viene a ser la familia, señalan como factores de riesgo: la dependencia, los arreglos de vivienda, historia de abuso en la familia y transmisión intergeneracional de conductas violentas. En el exo-sistema refiere a la situación laboral de los hijos, el aislamiento social y la falta de apoyo formal. En el macro-sistema se encuentran las normas culturales, los estereotipos negativos hacia la vejez y la ausencia de políticas públicas (Schiamberg y Gans, 2000).

De manera reciente, emergió un nuevo paradigma de análisis de la violencia, el cual tiene como premisa central que en el ejercicio de la violencia coexisten agentes claramente identificables y otros que no lo son. En este sentido, investigadores-teóricos como Johan Galtung y Slavoj Zizek examinan críticamente las diversas formas de violencia en las sociedades modernas en proceso de globalización. Para Galtung (1969), existen tres tipos de violencia: directa, estructural y cultural. La violencia

“directa” es la más visible, su manifestación puede ser por lo general física, verbal o psicológica. La violencia “estructural” se trata de la violencia intrínseca a los sistemas sociales, políticos y económicos mismos que gobiernan las sociedades, los estados y el mundo. La violencia “cultural” son aquellos aspectos de la cultura, en el ámbito simbólico de nuestra experiencia (materializado en la religión e ideología, lengua y arte, símbolos, etc.), que puede utilizarse para justificar o legitimar la violencia directa o estructural. Para Slavoj Žižek (2009), también existe una triada de la violencia en donde es necesario distinguir entre violencias: subjetiva, simbólica y sistémica. La violencia simbólica está encarnada y mediada por el lenguaje, la ideología y sus formas. La violencia sistémica es aquella generada por las consecuencias catastróficas de los actuales sistemas económico y político. Estas dos violencias son devastadoras y potenciadoras de todas las violencias. La violencia subjetiva es la más visible ya que es ejercida por un agente identificable. Estos planteamientos ya están comenzando a ser utilizados para entender y comprender la violencia hacia las personas adultas mayores (Hörl, 2007; Mancinas, 2012).

Los efectos de la violencia también se asocian con sufrimiento, angustia, pérdida de calidad de vida, deterioro del estado funcional y una importante carga de trabajo en los servicios de salud. Sus repercusiones son múltiples, como por ejemplo la carga de enfermedad por discapacidad y reincidencias en los servicios de salud debido a las complicaciones que el paciente puede tener, cuando su proceso de recuperación se ve alterado por la violencia a la que está expuesto, así como, a ambientes hostiles y amenazantes incluso para su vida en el lugar donde debiera sentirse más seguro y protegido como es su hogar o a manos de las personas con quienes establece vínculos afectivos, como son sus familiares o cuidador. En este sentido, la detección oportuna se vuelve fundamental para brindar atención temprana a las personas adultas mayores que sufren violencia, ya que sin atención las consecuencias de la violencia tienden a agravarse llegando incluso a la muerte.

La violencia es un problema que debe abordarse integralmente de lo contrario se seguirán atendiendo sus consecuencias con un alto costo para las instituciones de

salud no sólo económico, sino social e individual. Existe conocimiento de que los profesionales de la salud, médicos, internistas, geriatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, están en una posición única con respecto al diagnóstico y tratamiento de la violencia hacia personas mayores (Clarke y Pierson, 1999), así como, pueden establecer una buena relación con los pacientes de edad y con sus familiares y/o cuidadores, lo cual les permite reconocer situaciones de violencia e intervenir antes de que ocurra un evento catastrófico. Por ello, el desarrollo de estrategias de atención integral de la violencia desde la perspectiva de la propia institución y de sus usuarios como son las personas adultas mayores y sus familiares y/o cuidadores, permitirá a los profesionales de la salud tomar las medidas adecuadas, proteger a las personas mayores de la violencia y garantizar que reciban un servicio eficaz para reducir los efectos de la misma.

En México existe una falta de conciencia pública y profesional, y una idea errónea de que es necesario contar con una prueba amplia de la situación de violencia antes de informar, prueba de ello, son los pocos casos notificados en los registros de egresos hospitalarios por morbilidad en instituciones públicas del sector salud en el periodo 2004-2011, según la CIE-10 tan sólo se registraron 16 casos: T74.0 Negligencia o abandono (12 casos) y T74.9 Síndrome del maltrato (4 casos) en la Ciudad de México (DGIS). Asimismo, hay una carencia de protocolos de atención integral que faciliten la labor médica y profesional en el sector salud para detectar, evaluar, orientar y dar seguimiento a una situación de violencia hacia la persona adulta mayor. Es probable que los profesionales de la salud cuando se encuentran con un caso de violencia, desconozcan la forma correcta de darle atención y seguimiento.

Como ya se ha mencionado, la violencia en sus distintas formas y manifestaciones produce efectos sobre la salud de la población que incluyen daños a la salud mental, complicaciones médicas y lesiones que incluso pueden llevar a la muerte. Es por ello, que en el plano de la salud en México existen dos importantes Normas Oficiales en la



materia la NOM-046-SSA2-2005<sup>1</sup> “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”; la cual es una herramienta valiosa que permite al personal de salud contar con un marco de actuación frente a la violencia familiar. Así como, la NOM-190-SSA1-1999<sup>2</sup> “Prestación de Servicios de Salud, Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar”. Asimismo, se cuenta con la Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor (CENETEC, 2013).

Uno de los principales intereses que motivó la presente investigación fue centrarse en dimensiones poco estudiadas en México. La violencia hacia ciertos grupos de la población es un tema conocido y tratado desde diferentes ámbitos, no así, la violencia hacia la población adulta mayor, su escaso reconocimiento y múltiples consecuencias, plantea la necesidad de centrar la atención en estrategias que contribuyan a mejorar la atención en las instituciones de salud. Así, se presenta la necesidad de examinar, por un lado, lo que ocurre con los profesionales de la salud en tanto que son piezas clave de dichos procesos. Según diversos autores, los conocimientos, las percepciones y las actitudes de estos profesionales pueden convertirse en facilitadores o barreras a la hora de una atención integral de la violencia hacia las personas adultas mayores (Anetzberger, 2008). Por otro lado, era indispensable trabajar con las personas adultas mayores y con sus familiares y/o cuidadores, quienes podían aportar información relevante a la hora de establecer acciones necesarias para prevenir o intervenir en el problema.

Además de lo anterior, poco se conocía sobre el mundo subjetivo, vivencial y los procesos de significación de los actores involucrados en el tema, en este caso, los profesionales de la salud, las personas adultas mayores y sus familiares y/o cuidadores. La mayor parte de la información académica era de corte cuantitativa, lo cual daba como producto un desconocimiento de este tipo de problemáticas, de las

---

1

[http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion\\_Protocolos/SSA/Violencia\\_familiar\\_sexual\\_y\\_contra\\_las\\_mujeres\\_criterios\\_par.pdf](http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/Violencia_familiar_sexual_y_contra_las_mujeres_criterios_par.pdf). Consultado el 15 de julio de 2014.

<sup>2</sup> <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html>. Consultado el 15 de julio de 2014.

experiencias, los significados y las prácticas cotidianas de los profesionales de la salud y del contexto en el cual ocurría la violencia hacia pacientes adultos mayores, que podían influir como facilitadores o barreras a la hora de una atención integral. Otro elemento a favor del presente estudio fue la utilización de metodologías cualitativas, y particularmente de la estrategia del diseño etnográfico en el cual se empleó la observación participante y entrevistas semi-estructuradas.

De manera reciente, se ha dado un interés por la utilización de métodos cualitativos en la investigación en salud para avanzar en el conocimiento de las necesidades y expectativas en salud de los individuos, así como de los factores que intervienen en la efectividad de las actividades sanitarias, y en particular de los propios profesionales (Calderón, 2002), del mismo modo la investigación cualitativa ha comenzado a ganar importancia cuando se abordan temas de violencia hacia personas adultas mayores, en la medida que, como dicen varios autores, es un tema sobre el cual aún existe un escaso conocimiento (Band-Winterstein, Doron y Naim, 2012; Mysyuk, Westendorp y Lindenberg, 2013).

Las principales ventajas de abordar etnográficamente el problema de la violencia hacia las personas adultas mayores y su proceso de atención fueron: (1) La investigación etnográfica, que depende (aunque no exclusivamente) de las entrevistas en profundidad y de la observación directa, facilitó un enfoque claro sobre lo que se hace, cómo la gente entiende lo que hace y cómo estas prácticas están incrustadas en los contextos culturales, sociales, económicos y políticos. (2) Se prestó atención a las conexiones entre las diferentes áreas de la vida social (enfermedad, cuidado, familia y trabajo). La investigación puso especial atención a dos contextos: el institucional y el familiar, el primero para conocer los factores que favorecían o impedían la atención integral de la violencia y el segundo para conocer los grupos sociales y las escenas culturales a través de la vivencia de las experiencias de las personas en sus propios hogares, es por ello, que el trabajo de campo se hizo en tres centros de salud ubicados en diferentes delegaciones de la Ciudad de México y en los hogares de los pacientes mayores. (3) Se tomó en cuenta las estructuras socio-económicas y políticas que

desempeñan un papel integral en la asistencia sanitaria. En este caso, sirvió para ver cómo el sistema funciona en la práctica.

El elemento importante que justificó este estudio fue la preocupación por el diseño de protocolos para la atención integral de la violencia hacia personas adultas mayores, que si bien se ha llevado a cabo, principalmente, en Estados Unidos, Alemania y Canadá, siguen siendo prácticamente inexistentes en México. De esta manera se buscaba con la investigación aportar información y elementos para establecer procedimientos adecuados para realizar una atención integral y coordinada de los pacientes adultos mayores que viven violencia en el ámbito familiar, en contextos ajenos al primer mundo, tal como en el caso de ciudad México; pero también intentaba encontrar elementos que pudiese fortalecer los programas en marcha en los centros de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Ahora bien, el punto de partida para la investigación fue la hipótesis de que si se considera de forma integral a las personas adultas mayores y se lleva a cabo una adecuada preparación, concientización y condiciones del personal de salud que atiende a este grupo de población en los centros de salud, se tendría mayor éxito en la atención de la violencia intrafamiliar en pacientes adultos mayores.

Los esfuerzos realizados hasta este momento por parte de las instituciones que prestan servicios de salud para atender los casos de violencia en personas adultas mayores, podían mejorarse con la ayuda de un protocolo en la práctica clínica que orientase la detección, evaluación, orientación y seguimiento de los casos de violencia en pacientes adultos mayores, situación que contribuiría a mejorar la calidad de la atención y de la salud de la población adulta mayor.

De esta manera, el objetivo general propuesto tenía que ver con analizar las percepciones y las prácticas de los profesionales de la salud sobre el proceso de atención de personas adultas mayores en situación de violencia, así como, las

percepciones de los pacientes adultos mayores y de sus familiares/cuidadores con relación a la atención, los servicios de salud y a la violencia en el ámbito familiar.

Para llevar a cabo este objetivo general se plantearon como objetivos más específicos: realizar un diagnóstico institucional que permita conocer los recursos materiales y humanos con los que cuenta la institución para atender los casos de violencia; conocer las percepciones que los profesionales de la salud tienen con respecto a la institución, a su actividad laboral, a la vejez y a la violencia que viven las personas adultas mayores en el ámbito familiar; conocer las percepciones que las personas adultas mayores y sus familiares y/o cuidadores tienen con respecto a la institución, a la vejez y a la violencia en el ámbito familiar; y conocer las percepciones que los profesionales de la salud, los pacientes adultos mayores y sus familiares y/o cuidadores tienen sobre las barreras y estrategias para la detección eficaz y atención adecuada de la violencia en personas adultas mayores. El cumplimiento de estos objetivos, tiene la finalidad de generar información para la elaboración de un protocolo que permita la atención integral de la violencia que sufren las personas adultas mayores, con un enfoque interdisciplinario que incorpore estrategias y acciones para detectar, evaluar, orientar y dar seguimiento a las personas adultas mayores víctimas de violencia.

La estrategia metodológica para hacer posible los objetivos propuestos fue de carácter cualitativo. Se realizó el estudio en tres centros de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Se realizó un trabajo de corte etnográfico, el cual comprendió la observación en la institución y en los hogares de los pacientes mayores y entrevistas semi-estructuradas. Los actores sociales involucrados en el proceso de la investigación etnográfica fueron los profesionales de la salud de los tres centros de salud que presta servicios (director del centro, médicos -geriatras/gerontólogos-, trabajador(a) social, enfermeras/os, psicóloga/o, nutrióloga/o, odontólogo/a), así como, personal administrativo (encargado de archivo, farmacia), pacientes adultos mayores que asistían a consulta médica o que pertenecen al programa de visitas médicas domiciliarias a población vulnerable y, sus familiares y/o cuidadores.

En la parte de la investigación etnográfica se indagó a profundidad en los procesos de significación y en las prácticas de atención a personas adultas mayores. Esta metodología tuvo como objetivo proporcionar un profundo conocimiento y apropiación de significados, además, de entender las relaciones entre los profesionales de la salud y los pacientes adultos mayores y sus familiares y/o cuidadores. En esta etapa se realizó observación participante en la institución para conocer las dinámicas de atención desde el interior de la misma, asimismo, se realizó observación en los hogares de los pacientes mayores seleccionados, para tener un mayor acercamiento a la vida cotidiana de este grupo. La observación participante no fue una actividad diferente, sino que formó parte de la entrevista. Se elaboraron tres guías de entrevista semi-estructurada para cada grupo de interés (profesionales de la salud, adulto mayor, familiar y/o cuidador), cuyo diseño se orientó a los siguientes campos de indagación: a) la institución, b) la atención de salud, c) la vejez y, d) la violencia hacia personas adultas mayores en el ámbito familiar (véase anexo 1, 2 y 3).

Por último, se llevó un registro del trabajo de campo. Previo a realizar y ser grabadas las entrevistas por audio, se solicitó la firma de la carta de consentimiento informado de los participantes (véase anexo 4, 5 y 6). Se realizaron en total 167 entrevistas, de las cuales 80 fueron a personas adultas mayores, 49 a familiares/cuidadores y 38 a profesionales de la salud (ver anexo 7: *características de los entrevistados*).

Para su presentación el documento se encuentra dividido en cinco capítulos de la siguiente manera. El primero de carácter teórico, se subdividió en cuatro grandes aspectos: donde en un primer momento, se discute el concepto de violencia y su ejercicio en la población adulta mayor; en un segundo apartado, se analizan los planteamientos de diversos autores en torno al contexto urbano, sus características, sus problemáticas y su relación con el modo de vida de la persona adulta mayor; en tercer término, se analizan diferentes perspectivas teóricas sobre la familia, su permanente transformación y su relación con la atención de sus integrantes y las demandas del medio circundante; en una cuarta y última parte se analiza la categoría institucional, dando cuenta de lo que representa en lo social y en lo particular, así como

de las problemáticas y los retos en función del envejecimiento demográfico y la atención a la población adulta mayor.

El segundo capítulo, es la descripción y análisis de la experiencia de trabajo de campo en los tres centros de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

En el capítulo tres se presenta un análisis de las violencias que viven las personas adultas mayores, se subdividió en cuatro partes: en la primera de ellas, se identifican algunas de las características del contexto de los hogares visitados, lo cual aporta un elemento importante para comprender el entorno en que viven las personas adultas mayores. Luego, en un segundo apartado, se abordan las percepciones y experiencias de los familiares y cuidadores respecto a la violencia y se trata de comprender esta situación desde su perspectiva, de acuerdo con sus impresiones, conflictos y emociones. En tercer lugar, se analizan las percepciones y las experiencias de las propias personas adultas mayores sobre el tema. A lo largo del texto, se hace distinción entre dos categorías: las personas adultas mayores dependientes y las personas adultas mayores no dependientes. Por último, en una cuarta parte, se identifican algunas situaciones de riesgo halladas durante el trabajo de campo sobre la violencia hacia las personas adultas mayores.

El cuarto capítulo refiere sobre las formas en que las personas adultas mayores, los miembros de la familia o cuidadores y los profesionales de la salud, perciben y significan la vejez y la violencia, para ello, se subdividió en tres partes: en la primera, se indaga en las percepciones de las personas adultas mayores, los familiares/cuidadores y los profesionales de la salud sobre el envejecimiento y la vejez; en la segunda, se abordan las percepciones acerca de la violencia expresadas por los tres grupos, es decir, los comportamientos que conciben como violentos, sus causas y consecuencias y las acciones que ameritan; en tercer y último lugar, se reflexiona sobre algunas de las implicaciones de estas percepciones en la atención y la denuncia.

El quinto y último capítulo identifica las barreras institucionales que existen para la atención de las personas adultas mayores en general, así como de las situaciones de violencia en su contra. Para ello, se explora en primer lugar, los factores organizacionales que inciden en dicha atención y, en segundo lugar, las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. Los factores organizacionales hacen referencia al funcionamiento de los centros de salud y a la relación entre sus distintas instancias, así como a la forma en que estos aspectos favorecen u obstaculizan la atención oportuna a los casos de violencia. Por su parte, las condiciones de trabajo tienen que ver con los arreglos institucionales para la contratación y desempeño de los profesionales en los centros de salud, así como a las dinámicas laborales que pueden incidir en sus respuestas a los casos de violencia.

## **CAPITULO I**

### **HACIA UN ENTENDIMIENTO DE LA RELACIÓN TEORICO- CONCEPTUAL ENTRE CIUDAD, FAMILIA, PERSONAS ADULTAS MAYORES, VIOLENCIA Y SALUD**

#### **I. Introducción**

En la actualidad la violencia en la vida cotidiana de las personas adultas mayores constituye un complejo y heterogéneo problema social y de salud pública, que parece existir en todas las sociedades y es el resultado de la interacción de diversos factores individuales, relacionales, sociales, culturales, estructurales y ambientales. Esta problemática afecta la salud y el bienestar de muchas personas adultas mayores en nuestro país.

La violencia hacia las personas adultas mayores en el ámbito familiar ha aumentado en los últimos años por razones que aún no se logran comprender. Se considera que dicho aumento puede estar relacionado entre otras cosas con: el incremento de la proporción de personas mayores en la población total, el correspondiente aumento de las enfermedades crónicas incapacitantes, la creciente participación de las familias en el cuidado de personas mayores dependientes, la falta de apoyo por parte de la sociedad para el cuidado y los cuidadores de personas mayores dependientes, la naturalización de la violencia al interior de las relaciones familiares y los estereotipos e imágenes sociales negativas que inciden en las actitudes de prejuicio hacia las personas de edad avanzada. En el ámbito académico se considera que la violencia hacia las personas adultas mayores existe desde hace mucho tiempo, sin embargo, es reciente el interés por el tema. A nivel general sigue estando oculto y no es conocido por otros actores sociales que de alguna forma están relacionados con el problema.

Existen actores o grupos de actores claramente identificados, que se encuentran relacionados con el problema de la violencia hacia personas adultas mayores. Estos



actores construyen su propia realidad social y tienen una percepción selectiva de lo que se entiende por violencia en general, o violencia hacia personas adultas mayores, en particular. Para Hörl, (2007), llegar a una construcción social de la violencia en la vejez, esto no es sólo un problema de semántica ya que tiene graves consecuencias en la vida real. Él identifica tres grupos de actores en el ámbito de la violencia contra las personas adultas mayores: 1) Los científicos que insisten en definiciones y estrictas objetivaciones (véase Von Glaserfeld, 1995), 2) Las personas que están involucradas en la praxis, es decir, en la atención o cuidado de ancianos, el personal médico y de enfermería por un lado, y los cuidadores y/o familiares por otro. Finalmente 3) Las propias personas adultas mayores, sean o no víctimas de la violencia.

El presente estudio busca comprender la complejidad de la violencia a partir de sus expresiones, las cuales tienen un profundo enraizamiento en las estructuras sociales y culturales, así como también en las conciencias individuales. Se pretende entonces como objetivo analizar el proceso de atención en los centros de salud del Distrito Federal de la violencia que sufren las personas adultas mayores en el ámbito familiar.

El presente capítulo es el resultado de un análisis de la literatura existente sobre el tema, con lo que se busca discutir los planteamientos teórico-conceptuales asociados a la explicación de la violencia hacia las personas adultas mayores y su atención en los servicios de salud. Su organización será sobre cuatro aspectos, lo que obedece a una exigencia analítica que facilita al mismo tiempo la presentación y la comprensión de los contenidos. La primera parte, la cual ocupa un lugar central en la presentación, tiene como fin abordar el concepto de violencia y su ejercicio en la población adulta mayor. A partir de una perspectiva crítica del concepto hegemónico de violencia, se plantea una propuesta de abordaje para el estudio de la violencia hacia las personas adultas mayores. En un segundo apartado, se analizan los planteamientos de diversos autores en torno al contexto urbano, sus características, sus problemáticas y su relación con el modo de vida de la persona adulta mayor. En tercer término, se analizan diferentes perspectivas teóricas sobre la familia, su permanente transformación y su relación con la atención de sus integrantes y las demandas del medio circundante,

para crear un marco que permita comprender los procesos familiares y más aún, los conflictos que se viven al interior de las familias. Finalmente, en cuarto lugar se analiza la categoría institucional, dando cuenta de lo que representa en lo social y en lo particular, así como de las problemáticas y los retos en función del envejecimiento demográfico y la atención a la población adulta mayor.

## **I.1. Aproximación teórica al concepto de violencia**

### **I.1.1 La violencia en todas sus expresiones: por un acercamiento conceptual**

La conceptualización y la identificación de las formas que puede adquirir la violencia son fundamentales para comprender las dimensiones de este fenómeno en lo que se refiere a las personas adultas mayores en el Distrito Federal. La violencia puede adquirir múltiples formas que trascienden lo físico y lo verbal. Por ello, es importante reconocer que las formas de violencia que van más allá de lo evidente son igualmente dañinas y perjudiciales para quienes las padecen. Proponer acciones para contrarrestar la violencia hacia las personas adultas mayores implica partir de su definición e identificación. Sin embargo, las acciones orientadas a la atención de la violencia deben considerar la amplitud de este fenómeno, así como los mecanismos sociales y culturales que contribuyen en su legitimación.

La violencia es una noción compleja y dada la variedad semántica de la palabra resulta una tarea difícil construir a priori su significado. En este sentido, se busca realizar una aproximación teórica que permita entender la violencia ejercida hacia la población adulta mayor, desde una perspectiva crítica al concepto hegemónico de violencia que la define desde lo evidente, usualmente como “los incidentes que incluyen lesiones físicas”, “la utilización de una fuerza física o verbal para causar daños o heridas a otro, con el fin de obtener de un individuo o de un grupo algo que no quiere consentir libremente”, o la “incapacitación, o privación de la salud, de manos de un actor que pretende que esta sea la consecuencia”. Para ello, se requieren de perspectivas

teóricas que vayan más allá de la acción a la particular comprensión social, cultural y estructural de la "violencia", como las que proponen Johan Galtung y Slavoj Žižek.

Cualquier reflexión teórico-metodológica sobre la violencia presupone el reconocimiento de su complejidad y polisemia. De ahí la existencia de muchas teorías, todas parciales. Según Minayo (1998) no se debe hablar de *violencia* sino de *violencias*, pues se trata de una realidad plural, diferenciada, cuyas especificidades necesitan ser conocidas. La autora señala que existen cuatro grupos de teorías asociadas a la violencia. El primer grupo entiende la violencia como fenómeno extra-clasista y a-histórico, de carácter universal, constituido como instrumento técnico para la reflexión sobre las realidades sociales. Un segundo conjunto no homogéneo de teorías se refiere a las raíces sociales de la violencia, como resultante de los efectos disruptivos de los procesos acelerados de cambio social, provocados, sobretodo, por la industrialización y urbanización. Un tercer grupo de teorías tiende a comprender los procesos y las conductas violentas como estrategias de sobrevivencia de los sectores populares victimados por las contradicciones del capitalismo en la sociedad. El cuarto grupo de teorías explica la violencia y el crecimiento de los índices de criminalidad con base en la falta de autoridad de los Estados, entendiendo esta como el poder represivo y disuasivo de los aparatos jurídicos y policiales.

Para Minayo (2003) la violencia es un concepto que hace referencia a las relaciones sociales interpersonales, de grupos, de clases, de género u objetivadas en instituciones cuando impregnan diferentes formas, métodos y medios de aniquilamiento de otros, o de su coacción directa o indirecta, causándoles daños físicos, mentales y morales. Para esta autora, las violencias contra las personas adultas mayores frecuentemente son denominadas "*malos tratos*" y "*abusos*". Sin embargo, aquí es importante tener presente que el término violencia es más adecuado cuando se trata del impacto que tienen el abuso físico, psicológico, económico o sexual, la negligencia o el abandono, en la salud y en los procesos resultantes. Son estas incidencias las que permiten adentrarnos en la explicación de la violencia hacia

las personas adultas mayores como un proceso relacionado con la reproducción socioeconómica, con los conflictos intrafamiliares y con la salud.

Es necesario hacer ahora un primer acercamiento a un planteamiento teórico de la violencia desde una perspectiva amplia como la que propone Johan Galtung, quien refiere tres grandes tipos de violencia: directa (verbal, psicológica, física, abuso económico o negligencia, entre otros); estructural (represión, contaminación, alienación) y cultural y/o simbólica (ideas, normas, valores, tradiciones y actos o rituales que dan legitimidad a la violencia estructural y directa).

En la medida en que la violencia es tipificada y clasificada, su comprensión es más global y abarca acciones y procesos en los cuales su presencia puede no ser tan evidente. Para Galtung es importante hacer una distinción entre la *violencia física* y la *psicológica*, a pesar de que en ocasiones los límites entre ambas pueden ser difusos. Para este autor en la primera categoría están comprendidas la violencia biológica, es decir, la que reduce la capacidad somática, y la violencia física como tal. Por su parte, la violencia psicológica incluye actos como la mentira, el lavado de cerebro, el adoctrinamiento o las amenazas, entre otros, los cuales reducen las potencialidades mentales. Asimismo, señala que hay diferencias en las influencias externas al individuo que le infligen violencia; es decir, una persona puede ser influenciada tanto por medio del castigo como de la recompensa cuando hace lo que el sujeto que la influencia considera correcto. Otra distinción posible de la violencia que plantea es si afecta o no a un objeto. Para Galtung hay violencia que no implica dañar o herir a un ser humano, pero la sola amenaza de que esto ocurra constituye en sí misma una forma de violencia psicológica; asimismo ocurre con la destrucción de bienes materiales, también considerada como una forma de violencia. Es importante tener en cuenta que la violencia puede o no ser infligida por un sujeto en particular; de igual manera, puede ser intencional o no intencional y manifiesta (evidente) o latente (que podría fácilmente ocurrir en una situación de equilibrio inestable) (Galtung, 1969).

Ahora bien, hay que considerar que la violencia no solamente afecta el cuerpo, sino también la mente y el espíritu; el atacar una de estas dimensiones afectará a las demás mediante transferencias psicosomáticas. Es por eso que al hablar de los efectos espirituales de la violencia, Galtung se refiere a traumas, odio y adicción a la venganza o a la victoria (Galtung, 2013). En el caso de las personas adultas mayores es necesario mirar en qué medida las historias de violencia previas en los hogares pueden determinar a futuro que los agredidos se puedan volver agresores. De ahí que sea fundamental una mirada integral de la violencia, la cual no la reduzca a manifestaciones físicas o verbales evidentes como el uso de expresiones ofensivas, los golpes, las heridas o la muerte, sino ir más allá en la explicación en su ser y en su historia.

En la medida que para Galtung (2013) la violencia es un insulto evitable a las necesidades humanas básicas, el cual reduce al máximo posible su nivel de satisfacción, la violencia se puede definir como la causa de la diferencia entre lo "potencial" y lo "real", entre lo que pudo haber sido y lo que es, y lo que impide la disminución de esta distancia. Es decir, para él la violencia está presente cuando los seres humanos están siendo influenciados para no desarrollar su potencial por completo. En este sentido ejemplifica como la muerte de una persona a causa de tuberculosis en el siglo XVIII no sería concebida como violencia, ya que habría sido inevitable. Por el contrario, una muerte por esta causa en la actualidad, a pesar de todos los recursos médicos existentes en el mundo, podría ser vista como el resultado de la violencia (Galtung, 1969). En otras palabras, para este autor cuando lo potencial es más alto que lo real es por definición evitable y cuando es evitable y sucede, la violencia está presente. Sin embargo, señala, cuando lo real es inevitable, entonces no hay violencia. Por tanto la violencia es algo evitable que "obstaculiza la autorrealización humana", y que además ocasiona que las personas sufran "realizaciones afectivas, somáticas y mentales [...] por debajo de sus realizaciones potenciales", debido a la situación evitable que padecen (Galtung, 1985). La diferencia entre lo potencial y lo real se produce cuando los recursos y/o el conocimiento están monopolizados por un grupo o clase. Dichos recursos pueden ser usados con

propósitos que no respondan a esfuerzos constructivos para promover el alcance de dicho potencial (lo cual correspondería con la violencia indirecta o estructural) e incluso destruidos (lo cual implicaría la existencia de una violencia directa) (Galtung, 1969). Dado que resulta muy complicado establecer cuál es el potencial alcanzable para un individuo, el autor plantea que éste podría ser definido con base en lo que es socialmente consensuado.

Si la violencia está relacionada con el no desarrollo de las posibilidades potenciales (somáticas y mentales) de los seres humanos, según Galtung también se puede traducir en clave de satisfacción o no de las necesidades básicas, siempre teniendo en consideración los niveles socialmente posibles en cada situación y momento. De esta manera, se puede entender que existan conflictos permanentes ante la no realización de estos potenciales. (Galtung, 1985). La violencia surge cuando tales expectativas no se cumplen o cuando las necesidades básicas no son cubiertas. Esta situación se materializa cuando se habla de contextos con altos niveles de pobreza en donde las necesidades económicas limitan esas posibilidades potenciales, lo que favorece conflictos constantes entre cuidadores y personas adultas mayores.

Las necesidades que la violencia impide satisfacer son, según Galtung, la *supervivencia*, el *bienestar*, la *libertad* y la *identidad*. La negación de la supervivencia es la causante de la mortalidad y de la muerte en sí misma; por su parte, la negación del bienestar ocasiona morbilidad y miseria; la negación de la libertad conlleva a la represión (por ejemplo, la retención o la expulsión de un lugar o territorio) y finalmente, la negación de la identidad tiene como consecuencia la alienación (es decir, la desocialización o apartamiento de un individuo de su propia cultura y la resocialización en otra) (Galtung, 1985). Cuando se es persona adulta mayor, el tema de las libertades es uno de los aspectos que mayores restricciones presenta no sólo por cuestiones físicas sino por las condiciones de dependencia.

Como se indicó antes Galtung plantea una tipología de la violencia según la cual ésta puede ser *directa*, *indirecta* o *estructural* y *cultural*. No obstante, estas distintas formas

de violencia no ocurren de manera aislada. En la clasificación elaborada por el autor, los tres tipos de violencia identificados están vinculados entre sí. Para explicar esta relación, Galtung introduce el concepto del *triángulo de la violencia*, en el cual los tres tipos de violencia están conectados y sus efectos se pueden transmitir de una esquina a otra por medio de distintos flujos de causalidad. Es decir, la violencia puede empezar en cualquier ángulo del triángulo y transmitirse fácilmente a los otros. Las interconexiones entre los distintos tipos de violencia hacen que, por ejemplo, las acciones para reducir o controlar una forma de violencia puedan mantener e incluso exacerbar otras, a la manera de efectos colaterales. De esta forma, la violencia directa puede ser usada para establecer la violencia estructural o para intentar romper con ésta. Al generar privación de las necesidades, la violencia genera diversas reacciones que pueden ir de la apatía y la desesperanza a una respuesta violenta por parte de los afectados.

El autor refiere que aparte de la violencia directa, física o verbal y visible para todos, existen también la violencia estructural y la violencia cultural, fuerzas y estructuras invisibles, pero no menos violentas. Ellas son las raíces de la violencia directa y comprenden ciertas formas sociopolíticas y culturales tales como la represión, la explotación o marginación y la legitimación de la violencia en el patriarquismo, el racismo o el sexismo, e incluso el *edadismo* o discriminación por edad, que es nuestro referente de análisis. Dentro de este triángulo la violencia cultural es la que tiene más peso porque legitima y torna aceptables o imperceptibles las otras formas; mientras la violencia directa constituye un evento y la estructural un proceso, la cultura forma un sustrato permanente del que se nutren las anteriores.

Según el autor, la violencia cultural hace que la violencia directa y la estructural aparezcan, e incluso se perciban como cargadas de razón -o por lo menos no malas. En este sentido, el estudio de la violencia cultural pone de relieve la forma en que se legitiman el acto de la violencia directa y el hecho de la violencia estructural, y, por lo tanto, resultan aceptables a las sociedades (Galtung, 2003). Por otra parte, el autor contrapone la violencia directa o personal a la indirecta o estructural al señalar que

mientras la primera es cambiante, la última es estática, silenciosa y perceptible dentro de un sistema dinámico (Galtung, 1969). De ahí que para él, al estar institucionalizada la estructura violenta e interiorizada la cultura violenta, la violencia directa tiende también a institucionalizarse, es decir, a convertirse en repetitiva y ritual, como una *vendetta*.

Una propuesta similar a la de Galtung sobre la violencia, la plantea Slavoj Žižek, cuya premisa central es que en el ejercicio de la violencia coexisten agentes claramente identificables y otros que no lo son. En este sentido Sizek (2009) propone una triada de la violencia: subjetiva, simbólica y sistémica. La violencia subjetiva es la más visible ya que es ejercida por un agente identificable, la violencia simbólica y la violencia sistémica, son ejercidas por agentes no identificables y forman parte inherente del estado “normal” de las cosas, por lo que son menos visibles.

Como se ha señalado, en la violencia ejercida contra las personas adultas mayores es posible identificar los tres tipos de violencia que aborda Galtung: la *personal* o *directa*; la *estructural* o *indirecta*, y la *cultural* o *simbólica*. Es necesario ahora profundizar más en cada uno de los tipos de violencia.

#### **I.1.1.1 Violencia directa**

Es aquella situación de violencia en la cual una acción causa un daño directo sobre el sujeto destinatario, sin que haya apenas mediaciones que se interpongan entre el inicio y el destino de la misma. Es una relación de violencia entre entidades humanas (personas, grupos, etnias, instituciones, estados, coaliciones), siguiendo un proceso sujeto-acción-objeto, sin que casi nada obstaculice la ejecución del mismo. En consecuencia, para evitarla bastaría con que el sujeto o los sujetos que quieren ejecutarla decidieran en sentido contrario eliminar dicha violencia. Una característica de la violencia directa es la existencia de un actor que comete el acto en contra de otras personas, por lo cual resulta perceptible por parte del sujeto de la violencia. Esta categoría abarca actos como las agresiones, las humillaciones, el rechazo, las



amenazas, el homicidio, la mutilación, la desocialización y resocialización en una cultura ajena, la ciudadanía de segunda, la represión, la detención y la expulsión.

#### **I.1.1.1.1 La violencia directa hacia la persona adulta mayor**

En relación con las personas adultas mayores, la literatura muestra que la violencia directa puede identificarse en diversos tipos de agresiones físicas y verbales, abusos económicos y sexuales, así como negligencias que afectan la integridad física y psicológica de los sujetos y en consecuencia su bienestar. A nivel internacional como nacional, en el estudio de la violencia hacia las personas adultas mayores han predominado las investigaciones que dan cuenta de la violencia directa (Cooper y Livingston, 2008; Daly, Merchant y Jogerst, 2011), es en esta línea que se han desarrollado las principales definiciones y teorías sobre violencia hacia las personas adultas mayores.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define 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. La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones” (OMS, 2002: 5). En el año 2002, este mismo organismo, que había convocado en años previos a expertos en el tema, propuso una nueva definición de violencia hacia las personas mayores, la cual se publicó en el documento denominado *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores*. Un aspecto a considerar es que en este documento se habla más de maltrato que de violencia, y se le define como «un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza; éste puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas.

También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no (OMS et al, 2002). Esta definición tiene una visión más cercana al paradigma médico tradicional, que considera aspectos de salud física y mental, y se enfoca en los efectos que provoca la violencia en los individuos. Con base en esta definición, se considera que a nivel internacional la prevalencia de la violencia en el ámbito familiar hacia las personas adultas mayores oscila entre 3 y 27.5% (Cooper y Livingston, 2008). Ahora bien, en la medida que ampliemos las formas de definir la violencia, es de suponer que estos porcentajes pueden variar.

En México no existe una definición de violencia hacia personas adultas mayores, sin embargo, en la legislación se utiliza el término *violencia familiar*. Es así que en las Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud, NOM-190, que tienen que ver con la prestación de servicios de salud y los criterios para la atención médica de la violencia familiar, ésta se define como el «acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder -en función del sexo, la edad o la condición física-, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono» (NOM-190, 2000). Esta Norma Oficial considera que la violencia familiar comprende: a) abandono, como el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud; b) el maltrato físico, como el acto de agresión que causa daño físico; c) el maltrato psicológico, como la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos; d) el maltrato sexual, como la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir (NOM-190, 2000). Estas características se aplican a todos los grupos de la población incluidas las personas adultas mayores. Dicha definición contempla cuatro tipologías en las cuales no se incluye el abuso económico.

En la anterior definición, así como en la de OMS, se considera que en México la prevalencia de la violencia en el ámbito familiar hacia las personas adultas mayores

oscila entre 8.1 y 18.1% (Gómez, Rodríguez y Krug, 2007; Ruelas y Salgado, 2009; INEGI-ENDIREH, 2011; Giraldo y Rosas, 2013).

Los estudios sobre violencia hacia personas adultas mayores se han centrado en el marco de las relaciones interpersonales (familiares y/o profesionales) y han seguido perspectivas teóricas y metodológicas heterogéneas. Bajo estos análisis, se identifica con claridad a los actores participantes en las relaciones violentas *sujeto-acción-objeto*; incluso, se han realizado perfiles demográficos y psicológicos de víctimas y victimarios, y se han evidenciado factores de riesgo. Sin embargo, de manera reciente ya se comienza a vislumbrar la necesidad de comprender y reflexionar sobre aquellos agentes generadores de violencia no identificables (Mancinas, 2012). En ese sentido, es necesario caracterizar los procesos estructurales, culturales y sociales que se asocian a este fenómeno de lo cual se da cuenta a continuación.

#### **I.1.1.2 Violencia estructural**

La violencia estructural tiene lugar cuando la acción se produce a través de mediaciones "institucionales" o "estructurales". Se refiere a formas indirectas de la violencia que se construyen en las estructuras sociales e impiden a las personas satisfacer sus necesidades básicas o alcanzar el máximo de su potencial. Se concreta, precisamente, en la negación de las necesidades humanas cuando con otros criterios de funcionamiento y organización serían fácilmente cubiertas. Según Galtung (1969) la violencia estructural hace hincapié en el papel que las instituciones y prácticas sociales desempeñan en la prevención para que las personas puedan satisfacer sus necesidades básicas o su desarrollo personal. Incluso, es posible que los sujetos de la violencia estructural no la perciban como tal o sean persuadidos a no hacerlo. Señala que en este tipo de violencia no hay un actor en particular que comete una agresión contra otros individuos; es decir, es posible que no haya una persona que directamente le haga daño a otra dentro de la misma estructura. Por ello, evidencia la inequidad del poder y de las posibilidades de vida. La violencia estructural no siempre presupone violencia física o directa, pero sí la posibilidad de que esto ocurra.

Un elemento importante a tener presente es que la violencia estructural es una característica de los sistemas sociales y se puede detectar en las relaciones desiguales de poder y en las oportunidades diferenciales con respecto a la propiedad, a la educación, a los medios de producción o a los derechos civiles. La violencia estructural tiene que ver, según Galtung, con rangos y jerarquías sociales que aumentan o disminuyen el poder de los individuos. El autor considera que aunque los sistemas sociales tienden a establecer dichas jerarquizaciones, en algunos la desigualdad es mucho más fuerte, al punto de causar privaciones de necesidades básicas a los más desfavorecidos; estas diferencias se evidencian en la existencia de tasas más altas de morbilidad y mortalidad entre determinados individuos, regiones o países. La pobreza entonces, si retomamos el esquema de Galtung, es también una de las formas de violencia estructural. Este concepto amplio de la violencia se dirige hacia la posesión y disposición de los recursos sociales y la realización del potencial humano. Por lo tanto, cualquier discriminación —incluyendo, por supuesto, cualquier tipo de discriminación por edad— es violencia estructural.

#### **I.1.1.2.1 La violencia estructural ejercida por el aparato institucional**

La violencia estructural tiene que ver con dinámicas institucionales que, para el caso de las personas adultas mayores, se traducen en la ausencia de un sistema de seguridad social, pensiones y jubilaciones inadecuadas, el acceso limitado a los servicios de salud, la atención precaria de la salud y la no incorporación de las necesidades físicas de la población envejecida en el diseño urbano y de transporte público, entre otros. Asimismo, para los profesionales que atienden a este grupo de la población en los servicios de salud, las cargas de trabajo, los bajos niveles de autonomía en la toma de decisiones, las rutinas de trabajo rígidas y la atención relacional insuficiente, representan malas condiciones laborales que resultan en una fuente de sufrimiento. Esta situación, a su vez, les impide proporcionar el tipo de atención que deberían brindar a las personas adultas mayores.

De acuerdo con el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal, los adultos mayores deben ser considerados como “sujetos socialmente activos”. Por lo tanto, el objetivo de esta entidad es fomentar “que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, como parte del ciclo vital”.<sup>3</sup> A pesar de que estas consideraciones guíen la política pública en torno a las personas adultas mayores, algunos de los problemas que este sector enfrenta en su cotidianidad reflejan mecanismos de la violencia estructural de acuerdo con la definición de Galtung. Tal es el caso de la insatisfacción de necesidades básicas, el acceso diferencial a ciertos derechos y programas, la dificultad en la inserción laboral y la inequidad de género, entre otros. De acuerdo con las conclusiones alcanzadas en el *Segundo Foro Internacional sobre los derechos humanos de las personas mayores*, la discriminación es en parte responsable de los problemas que enfrenta este sector en los ámbitos de seguridad social, salud, educación, acceso a la justicia, vivienda y empleo, entre otros. En este sentido, “cualquier iniciativa dirigida a proteger los derechos de las personas mayores debe estar destinada a garantizar los derechos económicos, sociales y culturales”.<sup>4</sup>

Hay que reiterar que este tipo de violencia es impersonal y que hace parte de la estructura social, en la cual se evidencia mediante la desigualdad en el acceso al poder que, a su vez, causa la existencia de posibilidades inequitativas de vida. En suma, la violencia estructural tiene que ver con la distribución desigual de los recursos (no solo económicos sino también de salud o educación) y con la imposibilidad de influir en dicha distribución. Al ser un tipo de violencia impersonal, tiene relación con ideas y percepciones arraigadas entre las personas en general, pero en las encargadas de la política pública, así como, entre los profesionales sociales y de la salud en particular. Esto se aborda en el apartado sobre la *violencia cultural*.

---

<sup>3</sup>“¿Quién es el Adulto Mayor?”, <http://www.adultomayor.df.gob.mx/documentos/quienes.php>. Consultado el 5 de agosto de 2014.

<sup>4</sup>“Conclusiones. Segundo Foro Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Ciudad de México, 3 al 6 de Junio de 2014”, <http://www.adultomayor.df.gob.mx/cepal2014/estenograficas/Conclusiones.pdf>, consultado el 7 de agosto de 2014.

### I.1.1.3 Violencia cultural

La violencia cultural se define como cualquier aspecto de una cultura susceptible de ser utilizado para legitimar la violencia directa o estructural (Galtung, 2003). Según el autor esta violencia es simbólica pues se expresa desde infinidad de medios (religión, ideología, lenguaje, arte, ciencia, leyes, medios de comunicación y educación, entre otros), y cumple la función de legitimar la violencia directa y estructural, así como de inhibir o reprimir la respuesta de quienes la sufren; sumado a ello, ofrece justificaciones para que los seres humanos, a diferencia del resto de especies, se destruyan mutuamente y sean recompensados incluso por hacerlo. Para el autor la imposición de un Dios, el nacionalismo, ciertos usos del lenguaje y las representaciones creadas por el arte y las ciencias contribuyen a crear una imagen que desfavorece a ciertos grupos sociales y favorece a otros. De esta manera, señala, la violencia cultural tiene como consecuencia el genocidio, el sexismo, el imperialismo, el racismo, el colonialismo, el clasismo, el *edadismo* o discriminación por edad y la explotación.

Los estudios sobre violencia no sólo deben enfocarse en su uso, sino también en los mecanismos que la legitiman y, por lo tanto, la convierten en algo aceptable. La violencia cultural siguiendo a Galtung opera cambiando las valoraciones de ciertos actos no permitidos y tornándolos aceptables o correctos, e incluso ocultando actos y hechos o no permitiendo que estos sean percibidos como violentos. Así, mediante la cultura, ciertas formas de violencia son *internalizadas* (arraigadas en la mente de los individuos) e *institucionalizadas* (enraizadas en el sistema social) y, de esta manera, concebidas como naturales, normales y voluntarias (Galtung, 2013). Mientras que la violencia directa es un acontecimiento y la estructural es un proceso, la violencia cultural es una constante o una permanencia que persiste durante largos periodos de tiempo. De ahí su complejidad y gravedad.

La violencia cultural se hace visible en la población adulta mayor a través de un entramado de valores que asumimos continuamente desde pequeños y que luego se refuerzan con las normas legales de la sociedad. Estas valoraciones no recogen el

concepto de vejez en su acepción más completa, sino que la asocian con nociones de decrepitud y declive. De ahí la existencia de estereotipos negativos y la discriminación que tienen que soportar las personas a causa de su edad avanzada. Estos estereotipos y las imágenes negativas de la vejez son compartidas por los diversos sectores de la población, por los agentes sociales como son los profesionales de la salud y, por las propias personas adultas mayores.

#### **I.1.1.3.1 La violencia cultural asociada a la formación de prejuicios y estereotipos**

De acuerdo con Galtung, los prejuicios son una forma de violencia cultural que puede operar de manera masiva, como ha ocurrido, por ejemplo, en el caso de los descendientes de africanos esclavizados en América (Galtung, 1990). Por su parte De Carlo (1997), señala que el término *prejuicio* se refiere a un juicio prematuro, que precede a la experiencia y se convierte en un obstáculo para conocer la realidad. En términos sociales un prejuicio se refiere, entonces, a una forma de desvalorización de un grupo social determinado, es decir, a un juicio negativo. Completando esta idea, Billig (1985), considera que el prejuicio puede ser entendido entonces como una opinión dogmática y desfavorable respecto a otros grupos y, por extensión, respecto a miembros individuales de estos grupos. La diferencia entre el *prejuicio* y la *discriminación* radica en que mientras que el primero se refiere a las actitudes negativas del grupo en cuestión, la segunda es un comportamiento dirigido a los sujetos sobre los que recae el prejuicio.

Los prejuicios están sustentados con base en los *estereotipos*, es decir, en hiper-generalizaciones según las cuales los rasgos atribuidos a una categoría son considerados no sólo como representativos sino como constitutivos de dicha categoría (De Carlo, 1997). En otras palabras, los estereotipos reducen a las personas y a los grupos sociales a imágenes unidimensionales y a menudo difamatorias (Ewen y Ewen 2006). De esta manera, los estereotipos son imágenes ordenadas y coherentes del mundo a las que nos hemos adaptado y según las cuales los individuos y las cosas “ocupan un lugar inequívoco y su comportamiento responde a lo que esperamos de

ellos” (Lippman 2003: 93). Por nuestra parte, entendemos los estereotipos como las creencias sociales que se mantienen hacia los miembros de determinados grupos, las cuales prescinden de las características individuales que hacen único a cada ser humano y, de esa manera, generan percepciones uniformizadas, simplificadoras y deterioradas de la realidad.

A lo largo de la historia, los estereotipos han justificado la violencia, la explotación y la subordinación de grupos como los africanos y sus descendientes, las mujeres, los pueblos indígenas, los miembros de la comunidad LGTBI o los ancianos.

Los estereotipos en torno a las personas adultas mayores en nuestra sociedad tienden a resaltar su deterioro físico y psicológico y a vincular la vejez con la decrepitud, la invalidez y la pobreza, es decir, con un déficit de capacidades y de dignidad (Aranibar, 2001). La vejez es contrapuesta a la juventud, altamente valorada en los medios masivos de comunicación y en la cultura de masas circulante en nuestras sociedades actuales. Estas percepciones justifican la exclusión de las personas adultas mayores de escenarios de la vida familiar, social y política de sus comunidades, así como de la toma de decisiones en asuntos que les conciernen. De igual forma, los estereotipos legitiman la vulneración de sus derechos humanos, su acceso menos privilegiado a la vivienda, la salud, el trabajo y la justicia, pero lo que es más preocupante, el ejercicio de violencia directa, tanto física, psicológica, como el abuso económico, la negligencia y el abandono. Debido a estos estereotipos negativos, la vejez se convierte en un factor de riesgo para la exclusión social y la violencia.<sup>5</sup> En este sentido, cualquier intervención que busque abordar la violencia ejercida contra las personas adultas mayores debe partir de la identificación de los prejuicios y estereotipos circulantes en torno al envejecimiento y a la vejez. Como se ha señalado, tales ideas pueden encontrarse en los discursos y acciones de los profesionales de la salud, de los familiares y de los

---

<sup>5</sup> “Conclusiones. Segundo Foro Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Ciudad de México, 3 al 6 de Junio de 2014”, p. 8, <http://www.adultomayor.df.gob.mx/cepal2014/estenograficas/Conclusiones.pdf>, consultado el 7 de agosto de 2014.



cuidadores y de los mismos adultos mayores, con lo que se crean condiciones para el ejercicio de la violencia hacia este sector de la población.

Las actitudes y los estereotipos hacia la vejez representan de igual forma un tema complejo de abordar. Este fenómeno ha sido objeto de numerosos estudios desde que Butler (1969) acuñó el término *ageism*, que engloba tanto a los estereotipos que soportan las personas por razón de su edad como las actitudes y prejuicios de que son objeto, y que Palmore (1990) ha denominado “el tercer ismo”, en referencia a que sus consecuencias ocupan un lugar semejante a las del racismo y el sexismo. Existe un cuerpo amplio de trabajos en los que se demuestra el impacto que las imágenes sociales y los estereotipos tienen en la conducta y en la autopercepción de las personas. Sánchez (2004) diseñó un estudio en población española que abordó los estereotipos negativos hacia la vejez y encontró que el perfil de los sujetos con un alto grado de estereotipos negativos hacia la vejez parece corresponderse con el siguiente: personas de avanzada edad, bajo nivel de estudios, que mantienen escasas actividades de tipo físico y social, que no tienen responsabilidades hacia otros, que presentan bajos niveles de autoestima y de optimismo, que se perciben con una edad superior a la cronológica y con un desfavorable estado de salud y que mantienen una actitud negativa hacia su propio envejecimiento. Como la autora logra mostrar en el desarrollo teórico de su planteamiento, los estereotipos hacia la vejez tienen un componente esencialmente negativo, y esto ocurre en todas las sociedades humanas. Es preciso agregar que es esta negatividad, la que favorece discursos y acciones violentas contra las personas adultas mayores.

## **I.2 El contexto urbano en relación con la violencia hacia las personas adultas mayores**

El análisis de la violencia ejercida en contra de las personas adultas mayores no puede pasar por alto el contexto en el cual tiene lugar dicha práctica, que para esta investigación se relaciona con la Ciudad de México. Para desarrollar el vínculo entre ciudad, violencia y vejez, se plantea la siguiente estructura: en primer lugar, se

abordará de manera general el contexto del Distrito Federal como ciudad con un crecimiento vertiginoso durante el siglo XX que, a su vez, representa importantes retos en términos de salud pública. En segundo término, se analizarán diversos enfoques teóricos en torno a la ciudad, haciendo énfasis en los planteamientos de Louis Wirth y Ulf Hannerz, pero incluyendo también otras miradas que muestran lo diverso y heterogéneo de la realidad urbana. En tercer lugar, se abordará el modo de vida urbano y las variables planteadas por Wirth (1988), las cuales continúan vigentes en el caso del Distrito Federal y ayudarán a entender ciertas formas que puede tomar la violencia contra las personas adultas mayores. Finalmente, en un último apartado se analizará también de manera general a los actores urbanos como creadores de ciudad y de identidades en torno a ésta.

### **I.2.1 El contexto urbano**

En el curso del siglo XX, México ha pasado de ser un país donde predominaba lo rural a uno principalmente urbano. Dado que en las ciudades se acumula el capital y se concentran las empresas, este gran cambio en la sociedad mexicana ha estado vinculado con el crecimiento económico del país (Garza, 2002). Garza identifica tres etapas en la urbanización en México: una de *crecimiento urbano moderado* (de 1900 a 1940), con una tasa anual de crecimiento poblacional de 1.5%; otra de *crecimiento urbano acelerado* (de 1940 a 1970) con una tasa anual de crecimiento de 2.7%; y una de *crecimiento urbano bajo* (de 1970 a 2000), con una tasa de 1.2%. De acuerdo con los cálculos que presenta el autor, en el primero de estos periodos los habitantes urbanos aumentaron en 2.5 millones; en el segundo, 18.8 millones y en el tercero, 1.4 millones por año (Garza, 2002).

Este vertiginoso proceso de urbanización de la sociedad mexicana tiene implicaciones en los estudios que involucran a las personas adultas mayores, en la medida en que sugiere que buena parte de los miembros de este sector de la población que habitan el Distrito Federal en la actualidad, proviene de zonas rurales o vivió en ellas una parte de su vida. Como otras ciudades de países en vías de desarrollo, la Ciudad de México

enfrenta problemas determinantes para la salud y la vida de las personas en general y de las de más edad en particular, tales como la contaminación, el desempleo, la pobreza, el hacinamiento, las barreras físicas presentes en la estructura de la propia ciudad, entre otros. A estos se suman graves conflictos sociales que tienen que ver con la delincuencia, la indigencia, la inseguridad y la violencia. Tales problemáticas pueden verse intensificadas por el tamaño y densidad poblacional de la Ciudad de México, que se posiciona como una de las más grandes del mundo, y que según Olcina (2011), por sus características, entra en el grupo de las megaciudades, las cuales son definidas como espacios de relación, contradicción, conflicto y riesgo, que alteran de manera determinante el medio natural donde se asientan. Es de esperar que en un contexto urbano con las características señaladas lleve también a determinadas formas de violencia directa, indirecta y estructural hacia las personas adultas mayores y otros grupos de la población.

Según Wirth, lo urbano como forma de vida está determinado por características específicas de la ciudad como la densidad, el tamaño y la heterogeneidad, así como por la influencia de dichas variables en la vida colectiva. El autor señala varios aspectos que distinguen la vida urbana: la existencia de contactos sociales impersonales, superficiales y transitorios, el debilitamiento de las relaciones primarias y su sustitución por relaciones secundarias (es decir, una dependencia en más personas para la satisfacción de necesidades diarias, así como una gran especificidad de sus tareas) y un relativismo que permite mayor tolerancia a la diferencia y la libertad de acción (Wirth, 1988). Como se señalará más adelante, una crítica a esta perspectiva podría basarse en el carácter cambiante y abierto de la ciudad, así como en la consideración de que estos aspectos distintivos no interactúan de la misma manera en todos los asentamientos urbanos. Por tanto, los planteamientos teóricos de Wirth deben ser relativizados de acuerdo con cada espacio urbano. Sin embargo, al tratarse de una de las ciudades más grandes del mundo, el Distrito Federal es una urbe en la cual las variables señaladas por este autor son determinantes en el modo de vida de sus habitantes.

En el caso mexicano, las crisis económicas han desmejorado las condiciones de vida en las ciudades, en cuanto a la alimentación, la vivienda y el acceso a la educación, a la salud y a la recreación, entre otros aspectos. Esta situación tiene consecuencias en la salud, sobre todo entre los sectores más desfavorecidos, para quienes se dificulta el acceso a la seguridad social. No en vano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha reconocido la urbanización acelerada como un factor fundamental en el aumento de la desigualdad en relación con los niveles de vida y de salud. También la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha identificado a las concentraciones urbanas y a la existencia de asentamientos ilegales como retos para la salud pública, debido en parte a la mala calidad de las viviendas y los servicios. Por esta razón, enfoques como el de la medicina social han destacado el vínculo entre la salud y las condiciones de vida, a partir de la idea de que las condiciones socio-económicas determinan el proceso de salud-enfermedad (Blanco y Sáenz, 1994).

### **I.2.2 Interpretaciones de la ciudad**

A lo largo de la historia de los estudios urbanos, la ciudad ha sido entendida e interpretada de formas diversas que responden, a su vez, a su carácter cambiante, fluido y diverso. Así, el urbanismo en el mundo se ha caracterizado por sus variaciones y excepciones, así como por tener pocas regularidades y universales (Hannerz, 1986). En la década de 1930, Louis Wirth definió la ciudad como “un establecimiento relativamente grande, denso y permanente de individuos socialmente heterogéneos”. Sin embargo, para el autor la ciudad no sólo debía ser definida en términos demográficos (es decir, en relación con su cantidad de habitantes), pues una de sus características es que en ella se concentran servicios y actividades industriales, comerciales, administrativas y financieras, comunicación y transporte, actividades culturales y de recreación e instituciones educativas y religiosas, entre otras (Wirth, 2005). En todo caso, entre los sociólogos, los antropólogos y los urbanistas no hay un consenso en torno a la cantidad de habitantes que definen a un asentamiento como urbano, ya que sus características pueden existir con independencia del tamaño y la densidad poblacional, sin que sea posible establecer una regla. Enfoques posteriores

sobre la ciudad han señalado que ésta no puede ser concebida como un espacio cerrado con unas características fijas y que las variables identificadas por Wirth deben ser relativizadas en cada contexto urbano.

Hannerz por su parte, ve la ciudad como “la máxima adaptación a la interdependencia humana”, es decir, el lugar donde los seres humanos conviven debido a que les resulta más conveniente estar cerca los unos de los otros y eliminar la distancia física. Esta definición está vinculada con la idea de que el uso del espacio por parte de los seres humanos es una ecuación de sus relaciones con la tierra y con otros individuos. De esta manera, la ciudad puede ser concebida como un *centro* que, por medio de las instituciones urbanas, expande su influencia a las zonas circundantes. La redistribución, la apropiación, la administración de bienes y servicios y el intercambio mercantil son actividades económicas claves para el crecimiento del urbanismo (Hannerz, 1986).

Esa perspectiva de la ciudad como *centro* ha sido un aporte de la geografía, aceptado y adaptado por muchos antropólogos y sociólogos que estudian la vida urbana. Para Hannerz, hablar de la ciudad como centro lo toma a partir de la teoría de Wirth quien habla de la existencia de un “ordenamiento acumulativo de heterogeneidad”, una heterogeneidad referida principalmente al aspecto ocupacional, mas no en relación con el tamaño y la densidad. Según Hannerz, la única forma de heterogeneidad que se vincula de manera directa con el tamaño y la densidad poblacional es la división del trabajo que crea interdependencias entre los habitantes de la ciudad y entre ellos, así como con los de las zonas rurales aledañas (Hannerz, 1986). Es posible que la diversidad étnica, cultural o de género, entre otras, no sea imprescindible para definir una ciudad según el esquema de Hannerz; sin embargo, son componentes de la realidad en las metrópolis contemporáneas como es el caso la Ciudad de México.

Ahora bien, siguiendo esa idea de centro, hay que considerar que entre más funciones cumpla el centro urbano, mayor será su población. Para Hannerz la teoría del lugar central tiene dos variables: una de ellas destaca la importancia del mercado, en el

sentido de que los lugares centrales satisfacen una demanda consumidora dispersa con un espíritu competitivo y empresarial; la otra, por su parte, enfatiza en lo administrativo. Es necesario tener en cuenta que las ciudades no han sido iguales durante toda la historia de los seres humanos y que, por el contrario, han sufrido transformaciones culturales e históricas. De allí la dificultad de establecer parámetros generales para definirlos. En este sentido, el autor señala tres transformaciones fundamentales en la sociedad, las cuales han dejado su impronta en el centro urbano: la redistribución como principio económico dominante que, a su vez, dio lugar a la *ciudad-corte*; el intercambio mercantil, que produjo la *ciudad comercial*, y la industrialización que, junto con el intercambio mercantil, causó una transformación tecnológica y dio origen a la *ciudad del coque*, vinculada con la modernización (Hannerz, 1986). En suma, la propuesta de urbanismo de Hannerz lleva a pensar la ciudad como un ordenamiento social, más allá de su densidad y su tamaño y, de esa manera, pone un énfasis en las relaciones sociales que se producen en ese ámbito ciudadano y lo caracterizan en relación con otros ordenamientos.

Ahora bien desde perspectivas más contemporáneas, la ciudad ha tendido a ser vista como un espacio donde impera la movilidad, la fluctuación y la dispersión. En este sentido, para Agier (1997), la antropología urbana debe liberarse de la “referencia espacial” y darle más prioridad al análisis de las redes para así, poder dar cuenta de la característica fluidez de la ciudad contemporánea.

Un aspecto importante que se debe tener presente es que la ciudad no existe de manera independiente a quienes la habitan y por ello, además de ser una construcción física, política y económica, también es una construcción psico-social (Páramo, 2004).

La ciudad en su complejidad ha sido objeto de análisis desde diversas perspectivas, quizá el principal centro de los estudios urbanos en el mundo ha sido la Escuela de Chicago, uno de cuyos exponentes fue Wirth. Desde la segunda década del siglo XX hasta hoy, sus planteamientos siguen guiando muchos de los estudios urbanos y en ellos es posible identificar dos miradas claves en el abordaje de la vida en las ciudades:

por una parte la visión ecológica que plantea a las ciudades como nichos insertos en otros mayores y, por otra, una perspectiva que privilegia lo social, es decir, que plantea que los seres humanos tienen formas de vida muy divergentes de las del resto de seres vivos, por tanto su vida en las ciudades no debe ser estudiada desde las ciencias naturales (Franco y Pérez, 2008).

Desde la sociología la ciudad es primeramente un lugar donde viven algunos grupos sociales, donde trabajan, donde crían a su familia y donde interactúan o no con otras personas. Tales grupos sociales, dice Lamy (2006), se distribuyen geográfica, demográfica, económica, política y culturalmente y forman un sistema social. Señala que este es el primer objeto de estudio de los sociólogos urbanos: les interesa el conjunto de relaciones entre los espacios construidos y las sociedades. La ciudad para este autor, es una forma social y espacial; la sociología de lo urbano no disocia los fenómenos sociales de los espacios donde se realizan o se llevan a cabo, sino que hace de la imbricación de lo social con lo espacial la condición y el eje de sus análisis (Lamy, 2006). En este sentido entonces, se reconoce que las ciudades nunca han sido entornos sociales fijos e independientes de las transformaciones sociales.

La medicina social por su parte, ha hecho importantes aportes a la comprensión del vínculo entre el proceso de salud-enfermedad, el ámbito urbano y la clase social, partiendo de considerar a la ciudad como una aglomeración permanente de una población numerosa en un espacio limitado. Desde este punto de vista, la ciudad es concebida como un espacio en el cual, debido a la urbanización desorganizada y a las diferencias de clase, los problemas sanitarios se convierten en un gran reto para la política pública. Esta perspectiva será de gran utilidad para nuestro estudio en la medida en que relaciona variables socio-económicas con la enfermedad y, de esta manera, puede ayudar a comprender ciertos padecimientos específicos de las personas adultas mayores de la ciudad, los cuales, a su vez, pueden estar relacionados con formas diversas de violencia directa, estructural o cultural.

### **I.2.3 El modo de vida urbano**

Para abordar el vínculo entre el contexto urbano y la violencia ejercida contra las personas adultas mayores se recurrirá a la teoría del Urbanismo de Louis Wirth, en la cual identifica algunos rasgos distintivos de la vida urbana moderna y sus efectos sobre las relaciones sociales, la personalidad y la conducta de los habitantes de las grandes ciudades. Según el autor, la urbanización no sólo se refiere al proceso de atracción e incorporación que ejerce la ciudad sobre las personas, sino también a la acumulación de las características distintivas de la vida relacionada con el crecimiento de la ciudad y los cambios en los modos de vida que esto conlleva (Wirth, 1988). De esta manera, un factor clave para definir a la ciudad es el influjo que ésta puede causar en la vida social de sus habitantes.

El autor identifica tres variables fundamentales para comprender la vida urbana: el *tamaño de la ciudad*, la *densidad* y la *heterogeneidad de sus habitantes*. En este sentido, las características asociadas con el urbanismo se acentúan en la medida en que las ciudades sean más grandes, densamente pobladas y heterogéneas (Wirth, 1988). Estos elementos son observables en Ciudad de México, en donde su historia y proceso de crecimiento han marcado dinámicas sociales, económicas, políticas y culturales que pueden asociarse con diversos tipos de conductas violentas que afectan a este contexto. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la violencia ejercida contra las personas adultas mayores no sólo se deriva de la convivencia en un contexto urbano sino que, como ya se indicó en la sección sobre la violencia, también tiene relación con ideas, prejuicios y estereotipos arraigados en la cultura.

Es la ciudad, entendida desde la perspectiva de las modificaciones que el incremento numérico opera sobre las conductas sociales, es lo que da lugar a esa forma particular que adquieren las relaciones sociales y que Wirth identifica como el modo de vida urbano. No es por lo tanto la forma territorial sino el contenido social, que deriva de la forma asociativa, lo que se halla en la base de la explicación de lo urbano o del urbanismo, para usar el concepto manejado por el autor.



Aunque el planteamiento de Wirth resulta apropiado para el presente estudio, hay que hacer énfasis en que la teoría del urbanismo propuesta por este autor fue planteada en el contexto de la academia estadounidense en la década de 1930. Por ello, a pesar de su carácter fundante en los estudios sobre urbanismo, también puede tener algunas falencias en explicar la realidad urbana latinoamericana en general y la mexicana en particular. Sin embargo, en el marco de esta investigación se retoman los planteamientos de este autor dado que su caracterización de la vida urbana será útil para comprender algunas dinámicas características del Distrito Federal y de la violencia que afecta a las personas adultas mayores en esta ciudad. A continuación se mirará más en detalle las tres variables que plantea Wirth y su relación con la violencia hacia las personas adultas mayores.

*a) Tamaño de la ciudad*

A Wirth le preocupan particularmente dos hechos asociados con el aumento numérico de la población; por una parte las modificaciones que se operan en las relaciones sociales y, por otra, el debilitamiento de las antiguas bases de la cohesión social.

Mientras que en grupos sociales pequeños las redes y los vínculos tienden a estrecharse, en contextos urbanos, las relaciones sociales plantean el reto de la individualidad y el anonimato, es decir, hay un debilitamiento de los contactos personales. Según Wirth, el aumento de habitantes en un centro urbano aumenta las variaciones y las diferenciaciones individuales y, en este sentido, las ideas de sus miembros serán más variadas que las de los habitantes rurales. Asimismo, dichas variaciones dan lugar a la segregación según condiciones como la clase, la raza, el grupo étnico o las preferencias. En este contexto, los lazos de parentesco y vecindad pueden estar ausentes o ser más débiles dado que el individuo se encuentra inmerso en un grupo con culturas y orígenes diferentes. De igual manera, el aumento de la población “limita la posibilidad de conocimiento mutuo. Según esta idea, los habitantes

de una ciudad conocemos a una proporción menor de personas y de una manera menos profunda.

Otra característica de la vida social en las ciudades en relación con su tamaño es la segmentación; un ejemplo al respecto que da el autor es la cantidad de personas que a diario requerimos para satisfacer nuestras necesidades, la cual es mucho mayor que en zonas rurales. De esta manera, señala que la ciudad está también caracterizada, en términos económicos, por una gran especialización y segmentación en cuanto a las profesiones. Por estas razones, considera asimismo, que el contacto interpersonal en las ciudades suele ser mucho más anónimo y superficial. Las relaciones humanas están en buena medida determinadas por la utilidad y así, mientras el individuo gana en cuanto a su emancipación, también pierde con respecto a la participación social (Wirth, 1988).

El problema fundamental que Wirth plantea es la búsqueda de los elementos explicativos que den cuenta de las diversas formas que adquieren las acciones y la propia organización social, por el hecho de presentarse dentro de asentamientos compactos y relativamente permanentes de grandes números de individuos heterogéneos.

En relación con las personas adultas mayores, la vida en una ciudad tan poblada como el Distrito Federal puede representar problemas como la atenuación de los vínculos familiares, el debilitamiento o ausencia de redes de apoyo y/o contactos sociales, la poca atención por parte de otros miembros de la familia y de la comunidad a las necesidades específicas de la persona y su segregación, entre otros. En el caso específico del Distrito Federal, su tamaño es una variable clave que incide de manera definitiva en la vida cotidiana de las personas adultas mayores en aspectos como la agitación constante que supone el diario vivir, los largos desplazamientos en transporte urbano o particular y los problemas que estos conllevan en términos físicos y psicológicos. Estas situaciones están relacionadas con otros factores estructurales; sin embargo, el tamaño las acentúa, generando implicaciones en la calidad de vida de las

personas adultas mayores, quienes en muchos casos, no cuentan con las condiciones físicas y sociales para afrontar diariamente la dinámica de la ciudad.

#### *b) Densidad*

Al estar densamente poblada, la ciudad expone a sus habitantes a grandes contrastes, a la disociación entre espacios laborales y de residencia y a la distribución de la población de acuerdo con valores de la tierra, rentas, accesibilidad, salubridad, estética, contaminación o pertenencia a determinados grupos étnicos o sociales. De esta manera, según Wirth, la ciudad tiende a convertirse en un “mosaico de mundos sociales, donde la transición de uno a otro es abrupta”. La coexistencia de distintas formas de vida genera una “perspectiva relativista y un sentido de tolerancia hacia las diferencias”. Sin embargo, para el autor, la experiencia vivencial y laboral entre individuos sin lazos afectivos fomenta “un espíritu de competencia, engrandecimiento y mutua explotación”. En ciudades densamente pobladas, las relaciones sociales ocurren con una gran distancia, lo cual desliga a los individuos e incluso puede favorecer sentimientos de soledad (Wirth, 2005). Asimismo, la movilización en espacios de habitación densa puede generar grandes tensiones y frustraciones personales, acrecentadas por la rapidez del ritmo urbano

Según el autor, desde el punto de vista subjetivo, el incremento del contacto físico genera cambios en las actitudes del individuo hacia los otros. Si bien se produce una intimidad en el contacto físico, el contacto social se hace distante. Sostiene que, tomamos en cuenta a los demás seres humanos por su apariencia visual, por aquello que los uniforma, pero desconocemos sus rasgos peculiares, la personalidad íntima oculta bajo la apariencia de lo uniforme. El efecto de la densidad se hace patente por la convivencia de individuos que en verdad no mantienen lazos sentimentales que los unan, lo cual genera la competencia y el utilitarismo. El hecho de que el frecuente contacto físico se produzca en el contexto de una gran distancia social, produce una conducta social caracterizada por la reserva o la soledad. Situación que se remarca en la condición de ser persona adulta mayor.

El Distrito Federal es una de las ciudades más densamente pobladas del mundo. La gran densidad en la capital y su zona conurbada, así como su tamaño, pueden vincularse con situaciones problemáticas para las personas adultas mayores, tales como las dificultades de movilidad en el transporte público, los grandes tiempos de desplazamiento para acudir a las instituciones de salud, la congestión de servicios de salud y de atención y la carencia de infraestructura para su movilización en la ciudad, entre otras. Asimismo, el acelerado ritmo urbano, que requiere esfuerzo físico y mental, de alguna manera refuerza el estereotipo sobre la vejez como una etapa de discapacidad y deterioro. De esta manera, la dificultad para adaptarse a las condiciones que impone una rápida vida urbana es también una fuente de violencia directa, indirecta y cultural en la medida en que favorece conductas de discriminación, menosprecio, agresión física, psicológica y de negligencia. En ese sentido, se hace necesario un mayor conocimiento de las formas que asumen esas violencias en estas ciudades y, en qué medida afectan a la salud y las condiciones de vida de las personas adultas mayores.

### *c) Heterogeneidad*

La heterogeneidad es otro de los elementos que explican el llamado modo de vida urbano. Según Wirth, el contexto urbano produce una estratificación social más diferenciada y permite que los individuos tengan una gran movilidad, status fluctuantes y pertenencias a grupos muy diversos, las cuales pueden variar con facilidad. La ciudad requiere y produce individuos con una singularidad acentuada pero que, a su vez, enfrentan un proceso de despersonalización. La industrialización y la producción en masa también influyen en la sociabilidad en el ámbito urbano, pues la posibilidad de compra de productos y servicios desplaza a las “relaciones personales como base de asociación”. Sin embargo, para poder acceder a servicios e instituciones, los individuos deben ser reemplazados por categorías, es decir, agrupados en personas promedio y no concebidos como individuos particulares; así, tanto los servicios públicos como las instituciones educativas, recreativas y de salud, se ajustan a

requerimientos masivos (Wirth, 1988). Esta heterogeneidad también se manifiesta en la diversidad étnica presente en las grandes ciudades, como resultado de diversos procesos migratorios que han marcado su crecimiento y su multiculturalidad.

Todas estas dinámicas tienen efectos significativos en la vida social de los habitantes de las ciudades y se evidencian en las relaciones sociales cotidianas e incluso en la familia. Según Wirth, el modo de vida urbano socava las bases de la solidaridad social y causa una “decadencia” en la idea de familia. Aunque la valoración negativa de la familia urbana como “decadente” puede ser un juicio cuestionable, lo rescatable del planteamiento de Wirth es que señala algunas de las transformaciones que puede enfrentar la familia en el contexto urbano, tales como un mayor número de mujeres trabajadoras, el aplazamiento del matrimonio a edades cada vez mayores, el crecimiento en la proporción de individuos que viven de manera solitaria o aislada, la reducción numérica de las familias y la pérdida de influencia de las familias extendidas sobre las nucleares (Wirth, 1988). Si bien es cierto, estos cambios no afectan a todos los hogares de la misma manera, es un hecho palpable las modificaciones en las estructuras familiares que terminan por dispersar los vínculos al interior de los mismos, con ello, la mayor posibilidad de afectación para las personas adultas mayores.

La relación entre las tres variables planteadas aunque son características de la vida urbana en general, sin embargo, son en sí mismas muy complejas y su relación no se da de la misma forma en todas las ciudades del mundo. El contexto urbano puede favorecer ciertos padecimientos y formas de violencia hacia las personas adultas mayores, pero también podría representar un escenario de oportunidades para intervenir sobre esta problemática. El problema a resolver es por qué no ocurre y que se necesita para lograrlo.

#### **I.2.4 Los actores urbanos en la construcción de la ciudad**

En el modo de vida urbano si bien es cierto el individuo es un referente importante (Wirth, 1988), autores como Hannerz, hacen mayor énfasis en la importancia de ver

las relaciones sociales y en las situaciones. De acuerdo con este autor, los papeles o roles de la ciudad moderna occidental se dividen en cinco dominios o ámbitos que, a su vez, abarcan muchos otros papeles: el *doméstico* y del *parentesco*, el de *aprovisionamiento*, el de *recreación*, el de *vecindad* y el de *tránsito*. Dichos dominios no están presentes en la misma medida en las diversas formas de ciudad. Señala Hannerz, que las ciudades tienen inventarios de papeles comparativamente mayores que otras zonas, es decir, en la ciudad ocurren muchísimas más clases de situaciones que en espacios rurales. Esta es una de las principales características de la vida urbana. Dado que además hay una cierta indeterminación en la ciudad, el urbanismo genera una mayor variabilidad en la posibilidad de papeles que la que permite otros ordenamientos sociales. Por ello, es posible pensar en *urbanismos* en plural (Hannerz, 1986).

Coincidiendo con el planteamiento de Wirth acerca de la segmentariedad e impersonalidad de las relaciones sociales en la ciudad. Hannerz señala que por medio de su participación en este tipo de relaciones, los habitantes de la ciudad pueden aprovechar la accesibilidad a muchos más individuos y generar relaciones que no sólo sean de “tránsito”; por ejemplo, las interacciones con otras personas pueden trasladarse a varios dominios y, de esa manera, las fronteras entre dichos dominios se pueden volver difusas, mientras se crean grupos y espacios de sociabilidad que podrían parecerse a pueblos urbanos (Hannerz, 1986). Un ejemplo de ello podrían ser los clubes deportivos y diversos tipos de asociaciones y organizaciones sociales.

Muchos enfoques sobre la ciudad han destacado los aspectos nocivos de la vida urbana en cuanto a los procesos de salud-enfermedad y a los aspectos sociales y económicos. Sin embargo, hay que anotar que la ciudad también suele ser vista como un espacio propicio para el crecimiento personal, cultural, así como para el aprendizaje y el acceso a nuevas oportunidades y servicios. En algunos casos, la vida urbana hace posible un mayor acceso a la información y a la tecnología, un aumento en la participación política o formas de trabajo que permiten estar durante tiempos más prolongados en el hogar (Páramo, 2004).

Según Páramo (2004), al vivir en centros urbanos, las personas tienden a fragmentar su experiencia en lugares y sublugares que varían de acuerdo con los intereses de los individuos, quienes pasan largos periodos de tiempo en ellos y en los escenarios que permiten su interacción, tales como el transporte y el espacio público. De esta manera, los actores de la ciudad construyen su experiencia vital urbana en torno a sus interacciones entre lugares y sublugares. De igual manera, el autor señala que los actores que viven en la ciudad crean identidades a partir de su experiencia de lugar; estas identidades pueden ser entendidas como visiones socialmente construidas sobre cómo experimentamos o debemos experimentar la ciudad. Dichas identidades varían de acuerdo con los roles socialmente asignados a los individuos, y marcados por el género, la edad o la clase social. Por tanto, hay una gran heterogeneidad en estas identidades, así como en las múltiples visiones de la ciudad, es decir, “un patrón de experiencias y reglas que guían una serie de respuestas apropiadas para el mundo físico de la ciudad” (Páramo, 2004:96). Ahora bien, nos encontramos ante la complejidad de identidades que son construidas a través de un tiempo y un espacio, pero que cuando cambian afectan la identidad que construyeron esos individuos y, es el caso de las personas adultas mayores que ven antes sus ojos cambios rápidos del espacio, de las relaciones y valoraciones que afectan esa identidad creada con la ciudad y los vuelve extraños a la misma.

Las ciudades, como es el caso del Distrito Federal están en parte construidas por los individuos y las colectividades que brindan alternativas para la creación de múltiples identidades, la apropiación de espacios públicos y la creación de redes. Si bien la vida urbana puede ser responsable de determinadas formas de violencia directa, indirecta o estructural contra las personas adultas mayores, también tiene la potencialidad de permitir una intervención mucho más efectiva en la identificación y desarrollo de estrategias de acción que permitan contrarrestarla. Asimismo, las posibilidades de información, de recreación y de apropiación de espacios urbanos pueden ser vistas como herramientas a favor de la identificación de ciertas formas de violencia por parte de las propias personas adultas mayores y sus allegados. De esta manera, en el

ámbito urbano se tienen importantes retos en torno a la salud pública y al conflicto social, así como en la intervención sobre la violencia que afecta a las personas adultas mayores.

### **I.2.5 El espacio urbano y el modo de vida desde una perspectiva crítica**

Desde la medicina social y la salud colectiva surge un aporte importante a la comprensión del modo de vida urbano al mostrar que hay una distinta distribución histórica, social y económica de la salud y la enfermedad en relación con la desigualdad de clase. Podríamos agregar que en el *proceso de salud-enfermedad-atención* también inciden las variables de la vida urbana que se señalaron con anterioridad. Pero ¿Por qué apoyarnos en la medicina social?, lo hacemos porque maneja el concepto de *proceso de salud-enfermedad*, con el cual podemos hacer referencia a los dos momentos, dialécticamente unidos, de un mismo fenómeno que no puede ser entendido de manera separada (Castro, 2001).

Los fenómenos físicos y biológicos a los que nos enfrentamos como seres humanos están en constante relación con el medio ambiente; de allí el vínculo entre la salud, la enfermedad y las problemáticas que conlleva la vida urbana contemporánea. En este sentido, resulta pertinente el aporte de la epidemiología crítica y en particular de Jaime Breihl, quien plantea que la salud de los habitantes de las ciudades no está determinada tan solo por factores biológicos o naturales, ya que tanto ésta como los ecosistemas están social e históricamente determinados. De esta manera, la salud en la ciudad no debe entenderse como algo estático y pasivo sino, por el contrario, como una dimensión compleja, dialéctica (pues depende de una relación entre lo general y lo particular) y en constante transformación (Breihl, 2010).

Este movimiento entre lo general y lo particular sin embargo, tiene lugar en el marco de relaciones jerárquicas, debido a que hay procesos específicos y locales que, a su vez están determinados por fenómenos mucho más generales y estructurales. Por ello, para el autor citado, ni las estadísticas ni los indicadores dan cuenta, por sí solos y de



manera completa, de la salud y de la enfermedad en la ciudad, pues éstas hacen parte de procesos dinámicos, en constante movimiento y vinculados con la historia. Además, señala que en los modos de vida grupales surgen formas de vivir que pueden favorecer “tendencias malsanas”, así como “procesos saludables y protectores”; de esta manera, hay un movimiento contradictorio de “procesos destructivos y procesos protectores” que tienen incidencia en la salud. Dichos procesos, vinculados con los modos de vida y con aspectos estructurales más amplios, conforman lo que el autor llama *perfiles epidemiológicos*; dichos perfiles, que explican la salud, varían de acuerdo con aspectos históricos, de clase y de relaciones de poder (Breihl, 2010).

A lo que nos invita Breihl es a entender el contexto urbano por medio del concepto de *ecosistema*, entendido como un “conjunto socioecológico articulado y coherente, caracterizado por formas de paisaje, biodiversidad, temperatura, precipitación, flora, fauna, grados/formas de artificialización”. Sin embargo, al ser “artificializados”, dichos elementos se convierten en procesos “socionaturales”. De esta manera, los ecosistemas son también socio-sistemas, pues están conformados y determinados por relaciones sociales (Breihl, 2010). En esta medida, la alteración de esos ecosistemas determinan cambios en las relaciones de los individuos y las ciudades son un buen ejemplo de ello. La epidemiología crítica destaca el vínculo entre la naturaleza y los seres humanos, definido por Breihl como un *metabolismo*. Dicha relación cambia a la naturaleza y a su vez, transforma la naturaleza de los seres humanos. No obstante, con el predominio de una lógica de acumulación del capital, para el autor estas interacciones entre los seres humanos y las condiciones naturales de su existencia han experimentado una ruptura; así, mientras más “energía social” es invertida en la multiplicación de objetos y medios de producción, menos es destinada a la subsistencia y al desarrollo de los sujetos sociales. Para Breihl, la división arbitraria entre la ciudad moderna y el campo contribuyó a acentuar esta ruptura. Las ciudades, expresiones evidentes del modelo económico imperante, se convierten, según el autor, en lugares malsanos y no sustentables, que adolecen de problemas como la degradación (la reducción o desgaste de cualidades inherentes a la vida urbana, pérdida de dinamismo o tendencia a caer en la monotonía), la depredación (saqueo o

despojo de los bienes de la ciudad) y la polución (contaminación intensa). Por ello, lograr ciudades saludables implica alcanzar la sustentabilidad; a su vez, esta está determinada por elementos como la equidad social, cultural, política, generacional y ambiental, la integralidad (es decir, una tendencia opuesta a lo sectorial y que busca vincular distintas dimensiones del desarrollo humano), la soberanía, la interculturalidad, el balance entre pasado, presente y futuro y, finalmente, la adaptación del desarrollo a las condiciones del espacio y del medio ambiente. Sin embargo, dicha sustentabilidad es obstaculizada por la pérdida de biomasa en el campo y la ciudad, la pérdida de soberanía alimentaria, la monopolización y privatización del agua, el deterioro de los modos de vida urbanos y rurales, el aumento de la violencia y la reducción de la seguridad y la expansión de la cría animal en gran escala en el campo (Breihl, 2010). El enfoque de Breihl, sugiere que, al ser parte de un ecosistema, los habitantes urbanos se ven influenciados y afectados por realidades que traspasan lo local y que, incluso podrían parecer ajenas a la vida en las grandes urbes. Es de suponer que el deterioro de las ciudades, -y de ello el Distrito Federal es un buen ejemplo-, tiene incidencia en la salud de las personas, en particular en las adultas mayores.

### **I.3 La familia en el abordaje de la violencia hacia las personas adultas mayores**

La familia y el parentesco han sido temas claves en la antropología y la sociología debido a que, como señala Fox (1985), en muchas sociedades humanas, las relaciones entre los antepasados y los parientes han sido la clave de la estructura social, así como los ejes en torno a los cuales giran muchas de las interacciones, obligaciones, derechos y sentimientos. No obstante, sostiene que en las sociedades contemporáneas, el parentesco y la familia en apariencia juegan un papel menos notable, causando cambios en valores y prácticas que en otros contextos históricos y culturales no serían admisibles (Fox, 1985). Esta situación se refleja en nuevas actitudes y prácticas en torno a la vejez, y de manera particular, en el caso de familias con personas adultas mayores dependientes.

Una parte importante de la violencia que afecta a las personas adultas mayores proviene de su propia familia. Por ello, en el abordaje de este problema es necesario definir lo que entendemos por familia, cómo ésta ha sido conceptualizada desde varias perspectivas y de qué manera sus cambios inciden en la vida de las personas adultas mayores y de los que en algún momento fungirán como sus cuidadores.

### **I.3.1 Algunas interpretaciones sobre la familia**

La producción académica sobre el tema de la familia es muy extensa y proviene de disciplinas muy diversas. En la antropología social, el parentesco ha sido uno de los temas clásicos pues, aunque tiene la apariencia de ser un ordenamiento casi natural, su funcionamiento varía de acuerdo con aspectos sociales, históricos y culturales. En otras palabras, las relaciones entre parientes no tienen lugar de la misma manera en todas las sociedades y momentos de la historia de los seres humanos (Fox, 1985). Tener en cuenta la relatividad de las relaciones de parentesco y las implicaciones de este hecho en la vida familiar puede ayudarnos a comprender los cambios en la forma como concebimos los vínculos con las personas adultas mayores en nuestra sociedad, así como los roles que les concedemos en las familias contemporáneas y las responsabilidades que asumimos en torno a ellas.

Lo que los antropólogos denominan relaciones de parentesco puede ser estudiado en dos sentidos: por un lado, mediante la pregunta sobre cómo la sociedad conforma grupos de parentesco y cuál es su funcionamiento y, por otro, centrándose en la red de relaciones que vincula a unos individuos con otros en la “trama” del parentesco (Fox 1985). En este sentido, un aspecto importante es que las formas de abordar el tema han sido variadas e incluso controvertidas. Como refiere Fox, desde el evolucionismo, Louis Henry Morgan indagó en la terminología y la estructura de los grupos sociales en pueblos indígenas norteamericanos, así como en los sistemas de filiación en distintas sociedades (es decir, la transmisión de la pertenencia y la calidad de un individuo a un determinado grupo por línea paterna, materna o ambas). Morgan abordó la filiación como una de las claves de la evolución social, idea ampliamente refutada

por los posteriores estudiosos del tema. La teoría de Morgan no contaba con suficiente sustento y esta perspectiva, así como el evolucionismo en general, fueron muy criticados por estudiosos posteriores del parentesco, dada la dificultad de demostrar que la familia se haya consolidado de manera acumulativa a lo largo de la historia humana. Para otros antropólogos, los sistemas de parentesco debían ser estudiados como conjuntos “de derechos y de obligaciones” (Radcliffe-Brown) o podrían dar cuenta de la estructura social y política (Evans-Pritchard y Meyer Fortes). De acuerdo con Levi-Strauss, el parentesco sería un mecanismo para establecer relaciones de matrimonio entre dos grupos, para proporcionar descendientes y así, perpetuar el grupo y crear alianzas (Fox, 1985).

Las diversas formas como un grupo social concibe las relaciones de parentesco, los derechos, las obligaciones, la filiación, el matrimonio o la herencia tienen, a su vez, distintos propósitos e implicaciones. En este sentido, de acuerdo con Fox, el parentesco puede ser entendido como una reacción a “diversas presiones reconocibles dentro de un encuadre de limitaciones biológicas, psicológicas, ecológicas y sociales” (Fox, 1985:24); en este sentido, un elemento a destacar es que las relaciones de parentesco no son algo natural, sino que existen para responder a las necesidades humanas. Por ello, cuando dichas necesidades cambian, también lo hacen los sistemas de parentesco, aunque tales variaciones siempre están enmarcadas dentro de ciertos límites.

Uno de los principales aportes de la antropología a los estudios contemporáneos sobre el parentesco es que esta disciplina ha demostrado que la familia es un fenómeno cambiante, que sus reglas están vinculadas con la cultura y que no hay *un* tipo de familia adecuado, correcto o más deseable. En este sentido, Valdés citando a Segalen, destaca que no caben los juicios de valor sobre los sistemas de parentesco y sobre la familia, y ninguna puede ser considerada como superior a las demás; asimismo, tampoco hay un modelo único de familia (Valdés, 2007). En la medida que la experiencia y las percepciones derivadas de cada etapa de la vida también están mediadas por la cultura, ser joven o ser adulto mayor no tiene los mismos significados

o implicaciones en todas las sociedades humanas. En este sentido, las ideas y percepciones sobre la vejez se vinculan de manera estrecha con el tratamiento dado a las personas adultas mayores; de esta manera, las formas de violencia ejercidas en su contra tendrán un sustento en las valoraciones sociales y culturales sobre el envejecimiento y el rol de las personas adultas mayores en la familia y en la sociedad.

Un elemento importante para conocer las transformaciones en la familia y para entender la violencia hacia las personas adultas mayores, tiene que ver con la manera como se presenta y maneja el conflicto. Al respecto, desde la sociología la *teoría del conflicto*, parte de la idea de que “las personas actúan en su propio interés y que el orden social necesita ser negociado y ritualizado” (Iturrieta, 2001: 15). El conflicto es parte de la vida humana y deben existir reglas para lidiar con él; es decir, el orden social no implica la ausencia de conflicto, pero éste debe ser manejado para evitar consecuencias violentas. El conflicto, entonces, puede tener un valor asociativo así como disociativo, es decir, puede unir a un grupo en tanto sea regulado y manejado por medio de normativas.

Desde esta perspectiva Iturrieta (2001) señala dos posturas: una de ellas considera que las familias hacen parte de procesos sociales mucho más amplios y que los conflictos sociales se reflejan en ellas. Tales conflictos son producto de las diferencias de clase, raza, grupo étnico y género que, a su vez, afectan a la sociedad en su conjunto. En esta mirada del autor, que va desde la estructura social hacia las familias, los conflictos pueden ser explicados por situaciones como el desempleo, la pobreza o la desigual distribución del poder. Por otra parte, desde la teoría del conflicto considera que las familias también pueden ser estudiadas como grupos de personas que interactúan y, en los cuales, dado que existe el afecto, también es inherente el conflicto. A diferencia de la perspectiva anterior, ésta parte de una mirada *microsocial* de la familia, es decir, la analiza mediante sus interacciones.

De acuerdo con Iturrieta, este planteamiento teórico implica asumir que “el conflicto, la competencia y la lucha son elementos básicos de la vida social humana y no

aberraciones que deberían ser evitadas” (Iturrieta, 2001:15). En otras palabras, el conflicto es parte de la vida familiar. Asimismo, la teoría del conflicto también plantea que los miembros de las familias luchan por sus propios intereses o, en otras palabras, que la vida familiar no implica trabajar por los mismos objetivos. El equilibrio en una familia no puede entonces asociarse con intereses y metas comunes. De hecho, podría decirse que las familias tienen una “naturaleza paradójica”, pues en ellas coexisten el afecto con los antagonismos, como ocurre en el caso de la violencia intrafamiliar. Desde esta perspectiva, conceptos como *conflicto*, *negociación* y *consenso* son fundamentales para comprender las interacciones en el ámbito familiar, así como la violencia que tiene lugar en éste.

El *conflicto* puede ser entendido como un proceso dialéctico y como una “confrontación entre individuos o grupos sobre recursos escasos, medios controvertidos, metas incompatibles o una combinación de estos”. Los *recursos* hacen referencia a conocimientos, habilidades, técnicas y materiales, los cuales proporcionan un potencial para el ejercicio del poder y del control. A su vez, la *negociación* hace referencia a las técnicas utilizadas para la resolución de conflictos en situaciones en las cuales las metas de un grupo o individuo requieren la cooperación de otras partes. En este sentido, la negociación sirve para disuadir, inducir u obligar a otra parte a cooperar con el cumplimiento de un objetivo. Por ello, entre más verticales son los patrones de autoridad en una familia, más difícil se torna la negociación. No obstante, la negociación tenderá a favorecer a quien tenga más *recursos* dentro de la familia. Por su parte, el *consenso* es el resultado preferible de una negociación y se logra al llegar a un acuerdo (Iturrieta, 2001). Ahora bien, a estas categorizaciones debe sumarse el factor edad, en la medida que ser muy joven o muy viejo, puede incidir en el poder de negociación, en lograr tener recursos y, por tanto, poder ser parte de los consensos al interior del hogar.

En esta investigación se retomará una definición de la familia desde la antropología, según la cual ésta puede entenderse como un “conjunto de personas ligadas por vínculos de parentesco, residencia común y cooperación económica”. También resulta

pertinente la definición de Valdés (2007) sobre la familia como un sistema de relaciones de parentesco que no necesariamente implica consanguinidad, las cuales se encuentran reguladas de maneras muy diversas en distintas culturas. El elemento nuclear de dichas relaciones es el vínculo afectivo entre sus miembros, expresado en las alianzas.

### **I.3.2 Transformaciones en la familia**

Como se ya se mencionó la familia y el parentesco responden a ciertas necesidades humanas y, por lo tanto, su estructura varía de acuerdo con el contexto histórico, social y cultural. De acuerdo con Quilodrán, pese a sus transformaciones, la familia no ha dejado de ser la “célula social básica”, así como el “ámbito de la reproducción biológica y social” y un “refugio para la expresión de los sentimientos”. La familia adquiere organizaciones que le permitan llevar a cabo distintas funciones que ha cumplido a lo largo de la historia y en distintas culturas; tales funciones pueden ser redefinidas o abandonadas, con lo cual se producen cambios en las estructuras jerárquicas, los roles y el tamaño. Cada sociedad tiene formas diversas de satisfacer las necesidades que impone la reproducción y por ello, los modelos de familia varían en tiempo y espacio (Quilodrán, 2008). La organización de la familia puede además resultar afectada como consecuencia de problemáticas internas, tales como muerte, desempleo o separación, o por situaciones externas, por ejemplo el desplazamiento o la migración forzada, la urbanización y nuevos modelos macroeconómicos y sociopolíticos (Femat, 2003).

Tanto en el ámbito académico como fuera de éste, es común escuchar referencias que contrastan la vida familiar del pasado con la del presente y que identifican una modificación radical en los valores familiares. Desde las ciencias sociales, este fenómeno también ha sido interpretado y explicado de maneras múltiples y no hay un consenso sobre sus implicaciones. Para Lasch por ejemplo, el capitalismo tiene un papel central en la crisis de los modelos familiares tradicionales, así como en los cambios en las funciones sociales de la familia. Según el autor, la transformación de la familia “tradicional” viene ocurriendo desde el siglo XIX y está vinculada con la

revolución industrial, responsable de que la producción saliera de casa y se colectivizara. Así, a la par con la *socialización de la producción* y su consecuente proletarización de la mano de obra, una creciente tendencia a la *socialización de la reproducción* proletarizó la paternidad. Con ello, expertos profesionales ajenos a la familia adquirieron un rol central y la privacidad del ámbito familiar resultó seriamente afectada (Lasch, 1996). Se podría decir que muchas de las decisiones familiares se toman desde afuera y no tanto desde el seno mismo de la familia, con lo cual los mensajes que vienen desde estos actores externos, no siempre responden a las necesidades y problemáticas propias de sus miembros y relaciones.

En otras palabras, la historia de la sociedad moderna está caracterizada por la afirmación del control social sobre actividades antes reguladas por los individuos y sus familias. El capitalismo extendió su control a la vida familiar cuando funcionarios como médicos, maestros, psiquiatras y otros especialistas empezaron a supervisar la crianza y las relaciones familiares. De esta manera, la familia fue sometida a un control externo y sus cambios no sólo se debieron a influencias económicas y sociales, sino también a la deliberada intervención de planificadores y políticos. Así, al persuadir a los padres de confiar en los conocimientos de funcionarios y profesionales externos a la familia, una “maquinaria de la enseñanza en masa”, que vino a suplir las funciones antes cumplidas por la iglesia, destruyó la capacidad de la propia familia de satisfacer sus necesidades (Lasch, 1996). En ese sentido también la capacidad de actuar y valerse por sí misma.

De acuerdo con el autor, el sistema familiar burgués se apoyaba en el matrimonio centrado en los hijos, la “emancipación o cuasiemancipación de la mujer” y el aislamiento de la familia nuclear de su parentela. De esta manera, la familia se convirtió en un refugio ante la dureza del frío y competitivo mundo exterior (Lasch, 1996). Según Lasch, el capitalismo ha acrecentado diversas formas de conflicto y, en la medida en que el mundo se ha tornado más amenazador, la familia ha ido perdiendo su papel de protección ante dichos peligros externos debido a que las formas de lealtad se atenúan y la “ética del trabajo” cede el paso a una “ética de la supervivencia”. Al reproducir



patrones culturales en el individuo, la familia imparte normas éticas y moldea el carácter de sus miembros. Por ello, con el desarrollo del capitalismo, también surgen cambios que se reflejan en los individuos y en su personalidad. Las familias contemporáneas, según Lasch, responden a nuevas necesidades de una sociedad de mercado que privilegia el individualismo, la competencia y la acumulación.

Estas nuevas dinámicas sociales alteran no solo el valor dado a cada uno de sus miembros, sino sus roles, con lo cual las decisiones y el poder al interior de la familia no permanece como antes, sino que se modifica según los cambios en las condiciones físicas, emocionales y económicas de sus miembros.

De acuerdo con esta mirada, es posible plantear que si las familias se han reducido y las relaciones de parentesco se han replegado, en muchos casos, sobre la pareja, esta institución ya no puede asegurar las funciones de asistencia que suplía en otras épocas como, por ejemplo, el cuidado de las personas adultas mayores o de los miembros enfermos, con capacidades diferenciales o “con discapacidad” (Valdés, 2007). Es importante tener presente aquí que con el modelo de familia extendida las personas adultas mayores tenían asegurado no solo un papel más protagónico, sino de mayor cuidado, que lo que ocurre ahora con el incremento de los hogares nucleares y, en donde además, hay una mayor participación de la mujer en el mercado laboral.

Sin embargo, esta visión de los cambios en la vida familiar como una “crisis” también puede ser contrastada con una mirada de las transformaciones como señales de adaptación de una institución que, de esta manera, demuestra su flexibilidad para acomodarse a nuevas exigencias. Incluso, es posible afirmar que la familia ha permanecido vigente como un refugio para la expresión de la afectividad. Desde esta perspectiva es posible reevaluar la valoración de los cambios de la familia como una crisis, visión que, de alguna manera, descansa en una idealización de la familia del pasado (Valdés, 2007). Para Fox (1985), aunque en la actualidad predomine la familia nuclear, los sentimientos del parentesco continúan vigentes, lo cual se evidencia en ciertos derechos y obligaciones que con frecuencia existen entre los parientes. Sin

embargo, hay que tener presente que con el individualismo que fomenta el sistema capitalista, no es extraño ver cambios importantes en esos sentimientos de parentesco, lo que se manifiesta por ejemplo, en el trato hacia las personas adultas mayores, que a diferencia de antes, ahora tienden a ser menos respetados, conllevando en no pocas ocasiones a prácticas de violencia.

Una de las consecuencias de este panorama, según Femat (2010), ha sido la diversificación de las estructuras familiares e incluso, de las prácticas en torno a las funciones asignadas socialmente a mujeres y hombres. Con ello, han surgido tensiones entre las nuevas y las anteriores formas de concebir los roles de género, lo cual tiene implicaciones, por ejemplo, en las actividades domésticas cotidianas y en la toma de decisiones sobre asuntos familiares.

La transición demográfica ocurrida en dos siglos en Europa, ha tenido lugar de forma mucho más rápida en las regiones que la iniciaron en el siglo XX, como es el caso de los países latinoamericanos en general y en México en particular; dicha transición tuvo que ver con la equiparación de la fecundidad y la mortalidad en bajos niveles, e incluso, en algunos países, el descenso de las tasas de natalidad a niveles aún más bajos que el del reemplazo poblacional. Este hecho se refleja tanto a nivel individual como familiar y social con el paulatino envejecimiento de la población, la escasez de mano de obra y los cambios en las relaciones de dependencia. Asimismo, la esperanza de vida ha aumentado en muchos de nuestros países y, cada vez más, las decisiones individuales tienen un papel predominante en la definición de aspectos determinantes de la vida familiar. El incremento de la esperanza de vida ha permitido, por ejemplo, prolongar la soltería o reducir el número de hijos. Este importante cambio demográfico supone, a su vez, cambios en las actitudes y comportamientos de los individuos, así como adaptaciones por parte de las instituciones, las cuales ocurrirán de manera gradual (Quilodrán, 2008).

Otros cambios fundamentales que se han producido en la familia tienen que ver con fenómenos que han aumentado su incidencia, tales como la sexualidad por fuera del

matrimonio, el control natal, las uniones informales y el divorcio o la interrupción de dichas uniones. La anticoncepción ha contribuido en la reducción de la fecundidad. Asimismo, las uniones han experimentado cambios tales como la soltería prolongada (es decir, la elevación en la edad del matrimonio); una menor estabilidad que en el pasado (aunque la mayoría de adultos continúa viviendo en pareja las uniones tienden a durar menos tiempo); la desinstitucionalización de las uniones conyugales (el inicio de la vida marital sin necesidad de contraer matrimonio); y nuevos criterios para la elección del cónyuge (relacionados con los flujos migratorios, el acceso a las redes sociales y, en suma, la introducción de la globalización en la familia) (Quilodrán, 2008). Todos estos factores también han incidido en el descenso de las tasas de natalidad, de ahí la reducción notoria en el tamaño de las familias.

Asimismo, la migración es otro factor que está incidiendo en la vida familiar al afectar la formación de parejas y la responsabilidad en la crianza de los hijos, la cual es transferida a distintos miembros de la familia, entre ellos a las personas adultas mayores, quienes además tienden a verse expuestos a quedar abandonados ante la ida masiva de los distintos miembros del hogar.

Por otra parte, la soltería prolongada y el retraso en la formación de uniones conyugales se refleja en que los jóvenes vivan durante más tiempo en casa de sus padres, elección que también está vinculada con niveles más altos de escolaridad, desempleo y posibilidad de mantener relaciones afectivas sin presiones sobre el embarazo y el matrimonio (Quilodrán, 2008).

Nos encontramos entonces ante cambios poblacionales importantes que necesariamente inciden en las relaciones familiares, en la valoración y en el trato que se dan entre sus miembros y que están teniendo una afectación directa en la población adulta mayor.

Como se señaló antes, uno de los cambios importantes que la sociedad mexicana experimentó en el último siglo fue el aumento vertiginoso de la urbanización. Con la

migración hacia las ciudades y el crecimiento acelerado de los centros urbanos, es de esperar que las familias también hayan experimentado adaptaciones y que las personas adultas mayores hayan visto modificados sus roles familiares en el nuevo escenario urbano. No en vano, décadas atrás, los teóricos del urbanismo y, en especial, los estudiosos de la Escuela de Chicago, también documentaron nuevos fenómenos familiares en el ámbito urbano, tales como la búsqueda de intereses individuales, la erosión de formas de vida “tradicionales”, el desgaste de lazos de solidaridad y, en suma, la intervención del mercado en la vida familiar (Lasch, 1996).

En el caso de México, durante el último siglo ha habido profundos cambios en cuanto a la salud, la economía y el desarrollo social. La esperanza de vida ha aumentado de manera contundente: para 1930, la cifra se situaba en 33 años para los hombres y 35 para las mujeres; en contraste, en el año 2000, los hombres habían alcanzado una esperanza de vida de 73 años, y las mujeres una de 78. De esta manera, en un periodo de 70 años, las expectativas de vida de los mexicanos crecieron en aproximadamente 40 años. Tal transformación tiene consecuencias diversas como, por ejemplo, el aumento de la vida en pareja y la convivencia más extensa entre miembros de la familia que pertenecen a distintas generaciones (Valdés, 2007). Es de esperar que esta nueva realidad familiar y demográfica traiga consigo conflictos inéditos, así como nuevas formas de violencia intrafamiliar, como es la que se ejerce hacia las personas adultas mayores.

Además, según Valdés (2007), los cambios en los roles de género han ocasionado que “la familia tradicional mexicana haya dejado de ser considerada como funcional”. El autor señala que, según este modelo, los roles de mujeres y hombres en la vida familiar estaban muy marcados; así, mientras que las mujeres debían tener como propósito la maternidad, la contribución masculina al hogar estaba enmarcada en el trabajo y en la capacidad de ser proveedores. Dichos roles han empezado a ser cuestionados y repensados en el marco de grandes cambios sociales y económicos, los cuales demandan estructuras familiares que permitan una distribución más flexible de las responsabilidades.

Desde la terapia familiar se han identificado diversas reacciones de las familias ante el cambio. Mientras que en algunas la rigidez en las interacciones plantea una dificultad para dar respuesta a las transformaciones, en otras, más flexibles, es posible incluso adoptar actitudes creativas en torno a dichos cambios. Una de las consecuencias de los sistemas de interacción rígidos es que dificultan la individualización y la autonomía de sus miembros, lo cual los compele a vivir de acuerdo con las funciones que les ha asignado el grupo familiar; como sus nociones sobre la familia provienen del exterior, sus miembros se enfrentan a un debate constante entre la satisfacción de las necesidades particulares y la aceptación de normas sociales consideradas como adecuadas para suplir dichas necesidades, con la consecuente tensión que ello genera. De esta manera, se produce una “exacerbación del cumplimiento de la norma” y la adopción de “un sistema de creencias ortodoxo que impide llevar a cabo un proceso de reflexión colectiva”. Por ejemplo, cuando la familia se encuentra en este sistema de interacción rígido, las expectativas sobre el cumplimiento de los roles de género se dan por sentadas como única forma de relacionarse; asimismo, su incumplimiento conlleva a tensiones que pueden afectar a toda la familia (Femat, 2003).

Tales reacciones ante el cambio proveniente tanto de dentro como de fuera de la familia, pueden ser detonadoras de conflictos familiares y de violencia. En el caso de las personas adultas mayores, este sistema de interacciones rígidas se manifiesta en la existencia de ciertas percepciones en torno al envejecimiento (por ejemplo, como una etapa de decadencia que incapacita y reduce las facultades de la persona mayor) que, al no ser cumplidas en la realidad, generan conflictividad y agresividad. Otro factor que favorece la violencia en esta situación familiar es la falta de comunicación y la dificultad de expresar críticas o desacuerdos (Femat, 2003).

### **I.3.3 Las nuevas familias, vejez y violencia intrafamiliar**

Con estas transformaciones de la sociedad y la familia, es probable que las necesidades de las personas adultas mayores también sufran modificaciones. En ello

inciden el aumento de la formación y la cualificación laboral, el manejo de información, las mejoras en la dieta, el ejercicio y, en general, el cambio en “actitudes y disposiciones cognitivas”. Por ello es posible que las nuevas generaciones de personas adultas mayores tengan más posibilidades de plantearse como un “colectivo autónomo”, en busca de un rol específico en esta sociedad. Para Arenas (2002), las personas adultas mayores han desplegado adaptaciones a este nuevo entorno social y familiar, se han vuelto necesarias para sus descendientes y, de esa manera, han buscado más prestigio social como colectivo. Además, han intentado el aprovechamiento de la ampliación de su periodo vital.

No obstante, una parte importante de la violencia contra las personas adultas mayores viene de su propio entorno familiar. Como se señaló antes, el descenso en las tasas de natalidad y el aumento en la esperanza de vida han sido aspectos fundamentales en las transformaciones de las familias urbanas. Esto ha tenido como consecuencia el aumento de personas con problemas crónico-degenerativos que, por tanto, se convierten en dependientes (Bover et al., 2003). Esta situación puede tener efectos positivos y negativos en relación con las personas adultas mayores pues, si bien genera una presencia constante de miembros del grupo familiar en el hogar, también puede ser desencadenante de conflictos. Un aspecto que valdría la pena estudiar, dada su relación con la violencia, es cómo tales cambios en la vida familiar afectan las percepciones sobre las personas adultas mayores y las responsabilidades de su parentela hacia ellos. Ante este escenario, un reto importante para las instituciones de atención social y de salud, así como para las propias familias, es asegurar el cuidado de sus miembros dependientes, tales como hijos y padres adultos mayores. Para Quilodrán (2008), lo que puede ocurrir al respecto es que, dado que las mujeres han venido incrementando su participación en el mercado laboral, experimenten una “sobrerresponsabilización” al quedar encargadas del cuidado de niños y adultos mayores, así como de las obligaciones que demanda trabajar fuera de casa. Esta sobrecarga, incide en el trato que se da a los miembros de la familia y, en especial, hacia aquellos que ameritan más atención y cuidado.

Sumada a los cambios socioeconómicos y a las percepciones sociales sobre la vejez, esta nueva situación también conlleva a nuevas demandas de atención para las personas adultas mayores, para las cuales las instituciones de salud no siempre están preparadas. El cuidado de las personas adultas mayores con dependencia y/o discapacidad está en buena medida localizado en el hogar, pero recae sobre las mujeres, tradicionalmente encargadas de llevar a cabo las tareas del cuidado de los miembros vulnerables de la familia (niños, enfermos y ancianos) (Robles, 2003). Ellas han tendido a ser cuidadoras y han desempeñado esa función sin cuestionamientos hasta hace poco tiempo. La presión entre la exigencia de mayor cuidado y la menor disponibilidad para otorgarlo debido a aspectos económicos, laborales o culturales tiene impactos en la salud de las personas adultas mayores. Asimismo, la constante necesidad de competencia y consumo también ha generado grados elevados de frustración y agresividad que son sufridos por los grupos más vulnerables, entre ellos las personas adultas mayores. Con el aumento de la población de este grupo de edad, es probable que la problemática de la violencia también se incrementen (Bover et al., 2003).

Las personas de más de 85 años de edad son también las más proclives a padecer problemas físicos, mentales y financieros, lo cual genera mayores necesidades de cuidado por parte de sus familiares. Asimismo, según Bover et al. (2003) dentro del grupo de las personas adultas mayores, las más susceptibles a sufrir los distintos tipos de violencia son las mujeres; ellas, en muchos casos, se encuentran en situaciones de pobreza y mayor dependencia, debido al vínculo con el hogar que se les ha asignado socialmente. Asimismo, las mujeres presentan una mayor propensión a sufrir enfermedades crónicas con respecto a los hombres (Bover et al., 2003). No obstante, también son las mujeres las que con más frecuencia ocupan el papel de cuidadoras de los adultos mayores, rol construido socialmente desde esa mirada de relaciones desiguales de género que prevalece en la actualidad y que necesariamente también se manifiesta cuando se es persona adulta mayor.

A la par con las transformaciones económicas, sociales y demográficas, han ocurrido cambios en las percepciones sociales sobre el envejecimiento. Bover et al (2003) señalan que con la modernidad, se promueven nuevos valores según los cuales el papel de la persona adulta mayor está poco definido o desprovisto de relevancia. La exaltación del consumo, el individualismo y el valor de la juventud en los medios de comunicación es una muestra del cambio en las representaciones que se tienen hacia la vejez

Dichas transformaciones pueden rastrearse en los cambios en la *responsabilidad filial* de los hijos hacia los padres adultos mayores. La *responsabilidad filial* hace referencia al sentido de deber de un individuo hacia su propia familia y, en particular, hacia sus padres.<sup>6</sup> En este sentido, según Kuperminc et al. (2009), la responsabilidad filial tiene que ver con los esfuerzos, por parte del hijo, de proveer cuidado a la familia. Este cuidado puede ser descrito en relación con su contribución a las necesidades *instrumentales* o *emocionales* de los miembros de la familia. El aspecto instrumental se refiere a actividades como el cuidado de parientes y las contribuciones económicas al hogar o a los quehaceres. El emocional, por su parte, involucra el bienestar psicológico. Estos cuidados se distinguen por la *justicia* con la cual son percibidos; la *justicia (fairness)* se refiere a las percepciones sobre equidad y mutualidad en la distribución de las responsabilidades filiales. De esta manera, el término permite identificar diferencias culturales que, de otra forma, podrían ser vistas como un déficit.

Planteada la discusión de la familia, sus cambios por la interacción con el mundo globalizado, sus efectos al interior de la misma y, en especial hacia las personas adultas mayores, es necesario ahora ver el papel que juega lo institucional, en particular el sector de la salud, que es con el que se vincula estrechamente la población adulta mayor.

---

<sup>6</sup> [“What is FILIAL RESPONSIBILITY? definition of FILIAL RESPONSIBILITY \(Psychology Dictionary\)”](http://psychologydictionary.org/filial-responsibility/) <http://psychologydictionary.org/filial-responsibility/> title="FILIAL RESPONSIBILITY">FILIAL RESPONSIBILITY</a>, consultado el 19 de agosto de 2014.



## **I.4 La medicina como institución social**

Desde las ciencias sociales, la medicina como una *institución social* no se restringe a la práctica ejercida en una entidad que se hace cargo de proveer los servicios médicos. En una acepción más amplia y a pesar de su variedad de definiciones, una *institución social* está vinculada con prácticas sociales, normas, acuerdos y regulaciones que inciden en los comportamientos sociales de los individuos. De esta manera, la medicina es una institución social y, como tal, implica valores, acuerdos y reglas en común. Esto supone que el personal médico, y en su conjunto los profesionales de la salud, no desempeñan su oficio de manera aislada y su ejercicio tiene que ver con normas, ideas y comportamientos institucionalizados en la práctica médica. Por ello, la reproducción de la violencia en el ámbito médico no sólo responde a aspectos psicológicos individuales, sino también a ideas, normas culturales, valores e interacciones sociales propias de esta institución.

Lo institucional como categoría de análisis es importante para la presente investigación, por ello los aportes en cuanto a definición planteados desde la antropología y la sociología resultan relevantes. Así como, el vínculo entre la medicina y la *biopolítica*, el enfoque de Michel Foucault sobre la *medicalización*, serán útiles para hacer énfasis en el carácter histórico y cultural de la institución médica y, a su vez, permitirá comprender la medicina como una práctica social que no está desprovista de relaciones de poder.

### **I.4.1 Los abordajes hacia las instituciones**

Como se señaló antes, las instituciones pueden entenderse en términos de conductas y acuerdos sociales y, en este sentido, conforman patrones de interacción social con una estructura relativamente estable y moldeada por valores culturales. La familia, la economía, la política, la salud y la educación son entonces instituciones sociales.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup>"Institution", *Online Dictionary of the Social Sciences*, <http://bitbucket.icaap.org/dict.pl>. Consultado el 25 de agosto de 2014.

El peso de las instituciones sobre las decisiones individuales ha sido motivo de discusión desde los inicios de la sociología. Al respecto, Mary Douglas hace un amplio recorrido por este importante debate. La autora explica que Emile Durkheim pensaba que la sociedad es la encargada de proveer al individuo las clasificaciones y las operaciones lógicas y, por ello, no es posible negar el carácter social del pensamiento individual. Ello implica que las categorías de tiempo, espacio y causalidad también tienen un origen social. Asimismo, los problemas de legitimidad se resuelven con base en el orden social que los individuos llevan en sus mentes (Douglas, 1996). De allí se derivó un debate con los defensores de la teoría de la *acción racional*, según la cual el orden social es producto de actos individuales llevados a cabo por individuos racionales que buscan, ante todo, satisfacer sus intereses. Allí no tenían cabida los sentimientos de solidaridad con el grupo. Sin embargo, uno de los problemas de esta teoría es que, según ella, la gente no parece actuar de acuerdo con sus principios sino con base en la utilidad individual en términos de costos y beneficios (Douglas, 1996).

Por su parte, Durkheim maximizó el papel de la sociedad y le restó importancia al individuo. Su teoría parece referirse a una “mente grupal y superorgánica” (Douglas, 1996). El problema de esta perspectiva es la paradoja que conlleva, ya que pensar y sentir son actividades propias de los individuos. ¿Puede entonces pensar o sentir una institución? La mente individual es social; sin embargo, el arraigo de una idea es a la vez un proceso social y cognitivo y, asimismo, el arraigo de una institución es un proceso intelectual pero también político y económico (Douglas, 1996).

Durkheim concebía las representaciones colectivas como ideas públicamente normalizadas que constituían el orden social y podrían ejercer un dominio variable sobre el individuo. Dichas representaciones, para Durkheim, eran un hecho social con más peso que los hechos psicológicos, dado que la psique individual está conformada de manera social. De esta manera, la solidaridad entre miembros de un grupo podría explicarse por sus representaciones compartidas. Durkheim pensaba que los individuos modernos habían escapado al control de las instituciones; sin embargo, uno de los éxitos del pensamiento institucional es ser imperceptible. Incluso hoy, cuando

los pensadores de nuestra época comparten la idea de que este periodo de la historia humana no tiene comparación con los anteriores y de que hay una ruptura con lo sagrado, ha surgido una clasificación compartida. La omnipresencia del mercado nos da la idea de que escapamos al control institucional, pero en realidad estamos ante una representación colectiva (Douglas, 1996). Así, pensar en nuestro papel en la sociedad necesariamente pasa por las clasificaciones establecidas por las instituciones.

Una institución, según Douglas, puede ser entendida como una convención que surge cuando las partes tienen interés común en que exista una regla que asegure su coordinación. De esta manera, dicha convención se halla sujeta al autocontrol. Para legitimarse y convertirse en una institución, una convención social necesita a su vez una convención cognitiva paralela. Douglas entiende una institución como una agrupación social legitimada (que podría ser una familia, un juego o una ceremonia). Esta agrupación puede tener una autoridad legitimadora (padres, médicos, jueces o árbitros) o dicha autoridad puede ser difusa. Una de las características claves de las instituciones es que, ante una amenaza, éstas pueden basar su legitimidad en el hecho de que encajan en la naturaleza del universo. Se podría entonces decir que, al legitimarse, las instituciones adquieren un carácter casi natural. De hecho, éstas hacen uso de analogías que ofrece la naturaleza (naturaleza-cultura; hombre-mujer; naturaleza humana-naturaleza animal, entre otras). Ello deriva en un ahorro de energía para los individuos, debido a la inercia y a la codificación que ya ha hecho previamente la institución. De alguna manera, “la carga que supone el pensar se traslada a las instituciones”. Asimismo, dichas analogías dan identidad y dotan de contenido moral y político a los elementos que las conforman. De esta manera, son agrupados en una misma clase los elementos que están en el mismo lado de la analogía y sus lados tienen un valor positivo o negativo; así, por ejemplo, es posible justificar una división del trabajo en la cual las mujeres están encargadas de unas tareas específicas. En suma, las instituciones se legitiman con base en una fundamentación en la naturaleza y en la razón, facilitan a sus miembros una serie de analogías para explorar y comprender el mundo y justificar las normas y, de esta manera, logran perdurar. El

control de dichas clasificaciones no está a cargo de personas concretas, sino que hay un proceso cognitivo que las implica (Douglas, 1996). Dichas clasificaciones son tenidas en cuenta por los individuos para tomar sus decisiones.

A partir de un ejemplo de la medicina nuclear, Mary Douglas explica el “dominio” de las instituciones sobre nuestras formas de pensar y clasificar el mundo. La autora relata el debate entre los promotores de la medicina nuclear —la cual utiliza la radiación como alternativa para el tratamiento de enfermedades como la diabetes y los padecimientos de la glándula tiroides—, y un sector de la opinión pública que se opuso al uso de la radiación por considerarla peligrosa para la vida humana. Para Douglas, la incapacidad de las partes de aceptar argumentos sólidos en torno al tema tiene que ver con el papel de las instituciones en el pensamiento de los médicos y la opinión pública enfrentados en el debate (Douglas, 1996: 19). De esta manera, la autora afirma que el raciocinio individual sólo se considerará como correcto si sustenta el pensamiento institucional que ya se encuentra instaurado en las mentes de los individuos.

Las instituciones también pueden ser vistas como organizadoras de información y, desde esta perspectiva, actúan como guía de las expectativas a futuro. Por ello, cuanto más sean codificadas dichas expectativas en las instituciones, mayor control ejercerán sobre las situaciones de incertidumbre. Las instituciones sobreviven a ser meras convenciones y empiezan a fundamentarse en la naturaleza y en la razón; de esta manera, empiezan a ser vistas como parte del ordenamiento del universo y se convierten en bases para una argumentación sólida. Las instituciones también inciden en la memoria colectiva, al establecer lo que se puede o no recordar y sobre lo que es posible o no hablar, es decir, crean recuerdos selectivos. Las instituciones guían la memoria individual y encauzan la percepción hacia formas que resultan compatibles con lo que ellas autorizan, se dotan a sí mismas de corrección y normalizan situaciones. En otras palabras, las instituciones son creadas al “comprimir las ideas de todos para darles una forma en común de modo que se pueda demostrar su corrección” (Douglas, 1996). De esta forma, logramos establecer qué es pensar de

manera correcta o incorrecta. Asimismo, dichas instituciones también les suministran a los individuos categorías de pensamiento e identidades.

De acuerdo con Smith, en las diversas definiciones de las instituciones desde las ciencias sociales es posible identificar algunas tendencias y aspectos en común. Por una parte, las instituciones han sido definidas a partir de la estructura cultural, es decir, como normas sociales interrelacionadas, asociadas con valores y con necesidades humanas básicas. Dichas normas regulan el comportamiento social pero, a la vez, están sustentadas por los miembros de la sociedad. Así, por ejemplo, las instituciones son las encargadas de regular el comportamiento en aspectos como el matrimonio, la educación, la economía o la política, entre otros (Smith, 1962).

Por otra parte, algunas definiciones no coinciden en equiparar las instituciones a reglas o normas sociales y, más bien, establecen una diferencia entre las normas institucionales, es decir, aquellas de obligatorio cumplimiento, y otros tipos de normas. Esta obligación está dada por un acuerdo social, que hace que tales reglas sean permanentes y estén apoyadas por fuertes sanciones al ser transgredidas. Asimismo, las instituciones pueden también ser entendidas en términos de relaciones interactivas, es decir, como un todo que consiste en estructuras y relaciones sociales de interacción. Así, cuando la interacción se regulariza se convierte en institucional (Smith, 1962).

De esta manera, las instituciones pueden ser entendidas como organizaciones relativamente complejas sujetas a normativas, o que persiguen un interés o la satisfacción de una necesidad. En este sentido, sirven para definir los comportamientos culturalmente correctos de las personas que se encuentran en posiciones específicas. En suma, se puede señalar como elementos en común de las definiciones de las instituciones su vínculo con las normas culturales (es decir, aquello que guía la acción en una situación determinada), la interrelación de estructuras, su estabilidad y persistencia a lo largo del tiempo, el cumplimiento de necesidades o de objetivos, la existencia de sanciones ante su omisión o incumplimiento, su relación con

elementos cognoscitivos (es decir, el hecho de que son también fenómenos psíquicos) y la regularización que hacen de las interacciones sociales (Smith, 1962).

Planteadas algunas características de lo institucional en general y de las instituciones médicas en particular, se necesita hacer ahora una mirada más cercana a lo que es el poder en la práctica médica.

#### **I.4.2 El poder institucional en la práctica médica**

Para Foucault, el ámbito institucional es el “lugar de inscripción del sujeto enunciativo” y el lugar del cual proviene la palabra autorizada a partir de enclaves que permiten legitimarla. Por ejemplo, la palabra médica, sus diagnósticos y sus prescripciones resultan de la función combinada entre el *sujeto enunciativo* y el *ámbito institucional*. A su vez, el *sujeto enunciativo* es el que enuncia, delimita, fija límites, crea jerarquías o lugares de autoridad (Albano, 2006). Esta palabra médica no siempre ha sido igual, ni tampoco el alcance de las instituciones médicas en la vida social que, a partir del siglo XVIII, se incorporaron de manera más cercana al comportamiento y al cuerpo humano, tendencia que Foucault ha llamado la *medicalización*. Detrás de los fenómenos que estudia, el autor identifica dispositivos discursivos y prácticas reguladas por ellos, las cuales trascienden la voluntad de los individuos (Albano, 2006). Para Foucault, las instituciones subyugan a los cuerpos y las mentes. El pensamiento se convierte en instituciones o las instituciones avasallan el pensamiento individual y tallan los cuerpos a su medida (Douglas, 1996). La perspectiva de Foucault resulta pertinente para abordar el ámbito institucional de la práctica médica pues nos recuerda que ésta no es algo natural, sino que está influenciada por aspectos históricos y culturales. Al estar institucionalizados los conocimientos y la práctica médica, éstos son concebidos como valores absolutos e incluso incuestionables; sin embargo, su ejercicio está vinculado con la historia de la institución médica así como con las relaciones de poder que surgen en su interior.

La relación entre personal médico y pacientes asume características específicas de acuerdo con factores históricos, sociales, económicos y culturales. El campo perceptivo de la medicina, como lo estudia Foucault, adquiere una gran complejidad durante el siglo XIX y se entrelaza con una red institucional, con lo cual surgen nuevas prácticas tales como el archivo estadístico, el examen médico, la autopsia, la mirada microscópica o la pedagogía hospitalaria, entre otras. Así, la mirada médica deja de estar limitada al cuerpo del paciente y empieza a comprender diversas prácticas, discursos, enunciados, instrumentos e informaciones (Albano, 2006).

Foucault se pregunta si la medicina moderna y científica es individual e individualista porque penetró en las relaciones de mercado. El autor se cuestiona sobre si la medicina actual sólo se basa en relación de mercado entre el enfermo y el médico e ignora la dimensión colectiva de la sociedad. Sin embargo, responde que no es así y que, por el contrario, la medicina actual es social y tiene un fundamento en una tecnología del cuerpo social. Foucault opina que la medicina es una práctica social y sólo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre médicos y pacientes. El autor plantea la hipótesis de que con el capitalismo no hubo un paso de una medicina colectiva a una privada, sino al contrario. Desde finales del siglo XVIII e inicios del XIX el capitalismo, en su auge, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva y laboral. De esta manera, el control sobre el individuo no se ejerce sólo por medio de la conciencia o de la ideología, sino también en y sobre el cuerpo; para el autor, “el cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” y, para la sociedad capitalista, lo corporal adquirió una gran importancia (Foucault, 1977). Al hablar de *biopolítica*, Foucault hace referencia a las estrategias de poder que permiten un control exhaustivo de la vida y que empiezan a desplegarse con el origen de la sociedad moderna; dichas estrategias están orientadas hacia la creación y administración de políticas sanitarias y controles de población o gestión de la guerra, entre muchos otros aspectos de la vida humana (Fernández, 2009).

El cuerpo humano se reconoció política y socialmente como fuerza de trabajo. Sin embargo, parece ser característico de la evolución de la medicina social que al principio el poder médico no se preocupara del cuerpo como fuerza de producción; no obstante, esto cambió en la segunda mitad del siglo XIX, cuando se planteó el problema de la salud de la fuerza productiva de los individuos (Foucault, 1977).

¿Cómo se llega a esta nueva preocupación por el cuerpo? Foucault plantea tres etapas a partir de la experiencia de tres países europeos: la *medicina de estado*, la *medicina urbana* y la *medicina de la fuerza laboral*. La *medicina de estado*, surgida en Alemania, estaba vinculada con procedimientos para recabar conocimiento cuyo objeto era el Estado. En el marco del mercantilismo, las naciones del mundo europeo necesitaban calcular la fuerza activa de sus poblaciones y, de esa manera, iniciaron una preocupación por la salud de sus habitantes. Así se trascendió la mera contabilización de la natalidad y la mortalidad y se crearon policías médicas a finales del siglo XVIII. De igual manera, la normalización de la práctica médica se llevó a cabo dejando en las universidades la responsabilidad de la formación y titulación de los médicos. De esta manera, surgió un control estatal sobre la enseñanza. Los propios médicos, así como la práctica de la medicina, fueron los primeros en ser normalizados (es decir, numerados, controlados y dispuestos en torno a una norma que los organizaba y que, a su vez, estaba vinculada con el poder y se oponía a la individualidad). Los médicos y la medicina fueron, entonces, normalizados antes que los enfermos (Foucault, 1977). Así, los médicos fueron subordinados a una administración central e integrados en organizaciones médicas estatales.

Un segundo momento puede ser ubicado en la *medicina urbana*, representada por el caso de Francia a finales del siglo XVIII. La aparición de una población obrera pobre en las ciudades generaba miedos y peligros, sumados al recrudescimiento de los conflictos urbanos. De esta manera, surgieron estrategias como la cuarentena, el análisis minucioso de la ciudad y el registro de la población. La medicina, entonces, recurría a la vigilancia y, de alguna manera, *medicalizar* a un individuo significaba apartarlo socialmente. Así, el poder político de esta medicina consistía en su capacidad de individualizar y vigilar. Además de controlar los individuos, esta nueva medicina



buscaba también controlar ciertos factores del ambiente para prevenir enfermedades y, así, surgió la noción de *salubridad*. La medicina urbana será clave porque permitirá el paso hacia la medicina científica del siglo XIX (Foucault, 1977).

Finalmente, un tercer momento en el surgimiento de la medicina social puede ser ubicado en Inglaterra, con la *medicina laboral*, la cual implica un control médico de los más pobres. De esta manera se produce una asistencia fiscalizada que permita atender, así como mantener el control sobre las masas trabajadoras. Controlar la salud de los menos privilegiados implicaba, a su vez, garantizar la protección de las clases altas. La intervención en lugares muy pobres o la verificación de la vacunación, entre otras, tenían como fin el control, lo cual incluso generó resistencias populares por medio de revueltas antimédicas. Para Foucault las prácticas religiosas, aún en la actualidad, podrían ser vistas como luchas políticas contra la medicalización autoritaria y el control médico. En suma, esta medicina consistía en el control de la salud y del cuerpo de los más pobres para que fueran más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los adinerados (Foucault, 1977). En la actualidad, estos tres sectores de la medicina son articulados de formas distintas pero, según el autor, todavía tienen vigencia.

### **I.4.3 La institucionalidad de la salud y su práctica médica en México**

Como se mencionó antes, las instituciones no escapan a la influencia de la historia. Para el caso de la Ciudad de México, Hugo Mercer ha identificado varias modalidades asistenciales en las cuales los hospitales cumplieron papeles diversos y respondieron a necesidades distintas, así como tres periodos en los cuales tuvieron lugar estos distintos modelos médicos: el hospital como instrumento de expiación de culpas (1524-1760); el hospital como instrumento de orden (1760-1904) y la intervención estatal (de 1905 al presente), en la cual el Estado adquirió nuevas responsabilidades pero también se amplió la atención médica privada. A la par con estos momentos, también fueron modelados los tipos de usuarios acordes a cada forma de atención médica (Mercer, 1984).

La primera etapa, la del *hospital como instrumento de caridad y expiación*, coincide con la conquista y gran parte del periodo colonial. En ella, la medicina hispana se estableció por medio de la imposición, causando la marginación de la medicina indígena. Los conocimientos médicos hispanos hacían parte del proyecto de dominación económica, política y social. Así, la caridad fue una contraparte de las duras condiciones de la conquista, que causaron la muerte de millones de indígenas. Así, aunque la atención respondía a la secuencia caridad-beneficencia-asistencia, se convertía, según el autor, en una forma de expiación de culpas más que en un acto voluntario de caridad (Mercer, 1984).

El segundo momento identificado por Mercer, el del *hospital como instrumento de orden*, se deriva de la necesidad de recomponer el espacio urbano ante diversas epidemias que venían ocurriendo desde el siglo XVII. La traza urbana hispana funcionó como estrategia de segregación pues asignó espacios para indígenas, españoles y descendientes de africanos. La localización de los hospitales también entró en este ordenamiento y así, algunos de estos establecimientos quedaron por fuera de las zonas de residencia de los españoles, como era el caso de los que atendían a esclavos de origen africano, mulatos y mestizos pobres. Asimismo, fueron alejados los hospitales que atendían padecimientos temidos y contagiosos, tales como la lepra o las enfermedades mentales (Mercer, 1984).

Un tercer momento, el de la modernización hospitalaria, está vinculado con el capitalismo. En México, el paso de un modelo caritativo a uno curativo se produjo durante el Porfiriato, con la secularización de las instituciones eclesiásticas; así, la exclusión de la iglesia del control de la salud tuvo repercusiones en el funcionamiento de los hospitales, pues muchos de ellos operaban con fondos pertenecientes a las órdenes religiosas. Así, el hospital empezó a convertirse en una institución laica y a recibir inversiones del estado, proceso que tuvo lugar a la par con la modernización de la práctica médica. Dicha modernización involucró la capacitación de médicos fuera del país, el intercambio con médicos de otras nacionalidades y la realización de

reuniones internacionales de medicina. De esta manera, el hospital empieza a convertirse en un eje de la intervención estatal. Aunque hubo una corriente de médicos e investigadores interesados en regular las condiciones de vida urbanas y rurales para reducir problemas sanitarios, su influencia no fue suficiente para fundar una tendencia hacia la medicina preventiva. Así, pese a la creación de códigos sanitarios, la política estatal persistió en privilegiar la atención hospitalaria. Con el aumento en la inversión en salud, nuevos y grandes centros médicos fueron construidos en las afueras de la ciudad, como fue el caso del Hospital General. Su carácter monumental “consolidaba la hegemonía del modelo médico curativo que sigue vigente hasta nuestros días”. Estos nacientes servicios médicos fueron, durante el Porfiriato, una fuente de legitimidad política. Sin embargo, décadas después, darían origen a diversos institutos de salud a nivel nacional (Mercer, 1984).

En este último periodo, que tuvo lugar después de la Revolución Mexicana, fueron impulsadas diversas políticas sociales que pretendían equilibrar las diferencias socioeconómicas de los mexicanos. Así, las políticas de salud tuvieron una orientación popular y se enfocaron a lograr una amplia cobertura. En el marco de estas reformas surgieron entidades como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en 1943 y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en 1959. No obstante, desde la década de 1980, el neoliberalismo ha orientado las políticas sociales y de salud en México y en otros países de Latinoamérica (Castro, 2001).

A lo largo de estas etapas, los usuarios de los servicios de salud, así como sus padecimientos, han sido concebidos y tratados de distintas maneras. Sin embargo, para Mercer, la atención médica ha venido convirtiéndose en un “acto de consumo individual”, en el cual los servicios de salud personales predominan sobre acciones de salud a nivel colectivo. De acuerdo con el autor, los problemas de salud derivados de la vida urbana o acentuados por ésta no pueden ser resueltos sólo en el hospital, ni tampoco por medio de una asistencia individual y, por el contrario, implican una participación colectiva (Mercer, 1984).

En México, al igual que en varios países de América Latina, la gestión sanitaria tiene una fuerte dependencia con los modelos económicos y políticos. En este contexto, las propuestas de políticas de salud tienden a estar sometidas a una estrecha lógica económica que solo considera marginalmente a la salud como una necesidad humana básica y un derecho social (Laurell, 1988). Al respecto, Menéndez ha propuesto la noción de *modelo médico hegemónico*, caracterizado por rasgos como el biologismo, la ahistoricidad, la asocialidad, el individualismo y el pragmatismo, los cuales tienden a reducir la importancia de factores económicos, políticos y socioculturales en los procesos de salud-enfermedad; incluso, cuando dicha incidencia llega a ser reconocida, tiende a ser subordinada a las determinaciones biológicas o psicológicas del problema analizado. Por ello, para el autor, al estar inmersa en una economía de mercado, la salud pública y privada empieza a convertirse en una mercancía (Menéndez, 1985). Ahora bien, como mercancía no todos pueden disfrutar de ella, ni bajo las mismas condiciones, más aún si nos referimos a sectores pobres de la población.

La entrada de las relaciones capitalistas en la práctica médica ha tenido como consecuencia el surgimiento de empresas médicas, que pueden ser cooperativas médicas y hospitales particulares, lucrativos y filantrópicos. “Esta medicina privada o empresarial, que crea un complejo con la medicina estatal, plantea la existencia de distintas formas de prestación del servicio médico. Marx ya había señalado la tendencia del capital a extenderse a todas las esferas de la producción y la circulación. Con base en sus planteamientos, Cordeiro (1984) explica que la extensión de la apropiación privada a todos los medios de producción causa la generalización del trabajo asalariado. Desde una perspectiva marxista, el trabajo médico permitiría la reducción de los costos de reproducción de los trabajadores, así como la obtención de la plusvalía que generan los capitales industriales orientados al consumo de medicamentos y equipos médicos. Asimismo, el capital empleado en servicios médicos también tiene como función aumentar la productividad de la fuerza de trabajo. De esta manera, los empresarios de los servicios médicos operan de la misma forma que los empresarios promotores de la circulación de otros tipos de mercancía y, por ello, una

parte del lucro derivado de esta actividad radica en la baja remuneración de los asalariados de la salud. Asimismo, bajo la influencia del capitalismo, en este sector se presenta una creciente división social del trabajo, así como una reproducción de la división social entre trabajo manual e intelectual, lo cual tiene como resultado una jerarquía de trabajos y de poder que favorece a los trabajadores comprendidos en las categorías con un mayor componente intelectual. Asimismo, para los segmentos menos calificados, el carácter rutinario del trabajo se acentúa y las remuneraciones son más bajas. De esta manera, la salud empieza a ser manejada en un complejo de instituciones diversas, que incluyen fondos públicos, beneficencia y entidades filantrópicas o establecimientos que funcionan como empresas capitalistas. A ello se suman las transformaciones tecnológicas en la práctica médica y la incorporación de nuevos instrumentos con costos elevados y que con rapidez quedan obsoletos. Como consecuencia de ello, surgió la necesidad de racionalizar y controlar el trabajo médico para lograr un máximo de rendimiento (Cordeiro, 1984).

De esta manera, Cordeiro explica la subordinación de la práctica médica a las relaciones sociales capitalistas. Según el autor, este proceso ocurre en varias etapas: en primer lugar, el surgimiento de empresas médicas de forma precaria, seguido por una expansión inicial en zonas con mayor demanda de atención y en crisis políticas o fiscales. Luego, una consecuente difusión y reglamentación de este modelo que involucraba sectores médicos empresariales, del cual fueron excluidos sectores de asalariados cubiertos por la previsión social y, finalmente, una relativa autonomía de este modelo en relación con la medicina preventiva (Cordeiro, 1984).

La institución médica, entonces, se encuentra fuertemente vinculada con las realidades políticas, económicas y sociales de nuestros países. Laurell explica que en el marco de la globalización, la política de salud empieza a responder a las necesidades del nuevo patrón de acumulación y la salud es comprendida en las políticas neoliberales. Esta situación, además de modificar la idea de que la salud es un derecho social, implica una reestructuración de lo público. En este contexto, entidades supranacionales como el Banco Mundial juegan un papel importante en las

recomendaciones para el diseño de políticas de salud en los países latinoamericanos. Su propuesta concibe los servicios médicos como bienes privados, por lo tanto, el sector privado debe adquirir una responsabilidad en su prestación. Asimismo, esta idea parte del principio de la ineficacia de las entidades públicas en la prestación de la salud, así como de una supuesta escasez de recursos públicos. Así, según las recomendaciones del Banco Mundial, la entrada de capitales privados a la salud haría posible fomentar la diversidad y la competencia en la prestación de los servicios en este sector (Laurell, 1988).

El problema de la violencia hacia las personas adultas mayores y el proceso de atención en las instituciones de salud, son fenómenos complejos que no puede ser explicado de manera simple y por sí solos, sino que requiere de una mirada y reflexión de los diferentes componentes que los constituyen. En este sentido, tratar de explicar las diferentes interacciones entre la violencia estructural, lo urbano, lo familiar, lo institucional y las prácticas médicas con la violencia hacia las personas adultas mayores se vuelve una tarea multidimensional.

Todos estos aportes disciplinares serán útiles para una aproximación teórica y metodológica integral a la violencia hacia las personas adultas mayores y el proceso de atención en las instituciones de salud. El carácter complejo de esta problemática, demanda enfoques interdisciplinarios y aportes de profesionales de diversas áreas. No obstante, además de los planteamientos teóricos provenientes de distintas disciplinas, el estudio de la violencia hacia las personas adultas mayores y su proceso de atención, también requiere darle un valor especial a los puntos de vista de los actores involucrados en esta situación y, para ello, la etnografía es un método propicio. Más allá de cualquier perspectiva metodológica y teórica, son las personas adultas mayores, sus familiares y/o cuidadores y los profesionales de la salud quienes nos orientarán en el abordaje de la violencia en el ámbito médico y familiar.

## **CAPÍTULO II**

### **LOS CENTROS DE SALUD Y LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA HACIA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES: UNA MIRADA DESDE LA ETNOGRAFÍA**

#### **II. Introducción**

Este documento tiene por objetivo describir y analizar la experiencia de trabajo de campo en tres Centros de Salud pertenecientes a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, estos son: el Centro de Salud Comunitario T-III “Dr. Manuel Pesqueira” de la delegación Iztacalco, “Dr. Guillermo Román Carrillo” de la delegación Iztapalapa y “Dr. Rafael Ramírez Suarez” de la delegación Gustavo A. Madero. En cada uno de estos centros de salud se entrevistó a personas adultas mayores, a sus familiares o cuidadores y a profesionales de la salud. El trabajo de campo inició el seis de octubre de 2014 y finalizó el veinte de enero de 2015, y comprendió la realización de 167 entrevistas semi-estructuradas (38 a profesionales de la salud, 80 a personas adultas mayores y 49 a cuidadores y/o familiares) (ver anexo 7).

Para su presentación, el capítulo está organizado de la siguiente manera: en la primera parte se realiza una descripción de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y del Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable del Servicio de Salud Pública del Distrito Federal. En un segundo apartado, se exponen los elementos que incidieron en la selección de los tres centros de salud para realizar el trabajo de campo y se describe la organización administrativa y las características generales de la población que se atiende en estos servicios, así como la perteneciente al Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable. La tercera y última parte se dividirá en tres secciones, en cada una de las cuales se relata el trabajo de campo realizado en las tres jurisdicciones sanitarias visitadas, con base

en un ejercicio reflexivo sobre la experiencia<sup>8</sup>. Asimismo, se explicará la estrategia metodológica desarrollada en cada uno de los centros de salud la cual fue cambiando según la dinámica de cada centro. En este recorrido, la presencia del “yo” no puede ser suprimida, sino que es tomada como elemento constitutivo y a la vez revelador de cuestiones epistemológicas y metodológicas en la construcción de conocimiento.

## **II.1 Secretaría de Salud del Distrito Federal**

La Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) es una dependencia centralizada del Gobierno del Distrito Federal, creada el primero de enero de 1999, cuando sustituyó al entonces denominado Instituto de Servicios de Salud del DF, el cual tiene como antecedente los Servicios Médicos de Urgencias del Departamento del Distrito Federal. Esta Secretaría es la institución responsable de garantizar el acceso a la atención médica y la protección de la salud de la población residente en la Ciudad de México, a fin de mejorar y elevar su calidad de vida mediante el otorgamiento de intervenciones médicas integrales, oportunas y de calidad (SS, 2007). Para ello se divide en tres niveles de atención: el primero conformado por los centros de salud y unidades de medicina familiar, el segundo integrado por los hospitales generales y el tercero compuesto por los hospitales e institutos de especialidades (SS, 2007). Actualmente, su inventario de instituciones corresponde a 28 hospitales y 214 centros de atención ambulatoria: Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua, 5 clínicas de especialidades, 59 centros de salud T-III, 45 T-II, 100 T-I, 2 clínicas comunitarias y 2 centros antirrábicos. Asimismo, cuenta con aproximadamente 23 mil trabajadores calificados, además de infraestructura, material y equipo especializados.

La presente investigación se abocará al primer nivel de atención de la Secretaría de Salud del DF, conformado por los centros de salud los cuales constituyen la puerta de entrada a los servicios de salud y su enfoque está en la prevención, protección y promoción de salud. Los centros de salud que integran este nivel presentan una

---

<sup>8</sup> El presente trabajo de investigación contó con apoyo económico del Instituto Nacional de Geriátrica, por tal razón se conformó un equipo de dos entrevistadoras para el trabajo de campo: Liliana Giraldo Rodríguez responsable del proyecto y Dafne Gutiérrez de la Cruz (licenciada en gerontología).



organización por áreas geoestadísticas básicas (AGEB), por lo cual un centro de salud tiene bajo su área de influencia uno o varios AGEB, de acuerdo con su categoría. El conjunto de las AGEB se encuentran agrupadas en 16 jurisdicciones sanitarias, las cuales se encuentran distribuidas en las 16 delegaciones que conforman el Distrito Federal. Los centros de salud se clasifican en TI, TII y TIII y su principal diferencia tiene que ver con su tamaño. Los TI son los de menor tamaño, cuentan con consulta externa y están conformados por uno a tres módulos de atención, compuesto por el médico general, la enfermera y un promotor; los TII cuentan con consulta externa, están conformados por cuatro a ocho módulos de atención y pueden llegar a tener una farmacia; los TIII otorgan los servicios de consulta de medicina general, pueden llegar a centralizar uno o varios TII y TI, tienen nueve o más módulos de atención médica, además de contar con farmacia, laboratorio de análisis clínicos y estudios de rayos X, trabajo social, odontología, salud mental, densitometría y optometría.

La modalidad en estos centros de salud es la de atención a la demanda, es decir, se distribuye una cantidad determinada de fichas por cada profesional. Para conseguir esa ficha, las personas deben formarse por orden de llegada; el horario de atención comienza a las 8:00 horas hasta terminar de atender a todos los pacientes con ficha. Esta realidad lleva a que, por un lado, los pacientes que asisten sin cita deban llegar desde muy temprano para conseguir su ficha, en algunos casos a las 5:00 horas o antes. Esto demuestra una gran dificultad por parte de los servicios de atención en cuanto al cumplimiento de los postulados de la atención primaria de la salud (Macinko et al., 2007) al generar diversas barreras de acceso —administrativas, económicas y culturales—. Por otro lado, esta modalidad impide saber si la población que está accediendo a la atención es la que más lo necesita. Así, el mismo sistema genera condiciones de inequidad o colabora en su reproducción, ya que los más desprotegidos son los que tienen más dificultades a la hora de cumplir con los requisitos de acceso.

Ante esta situación, para resolver —en parte— el problema, la Secretaría de Salud ha desarrollado modelos de atención dirigidos a la población que más lo requiere. De

manera particular, se crean modelos de atención médica domiciliaria de acuerdo a las necesidades de la población que no puede acudir a los servicios de salud por su propia cuenta, es decir, se propone reorientar el modelo de atención dando prioridad a la población más vulnerable, ejemplo de ello, es el Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable.

### **II.1.1 Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable**

El Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable de la Ciudad de México (ADPV) surgió en 2008 para dar continuidad al Programa de Visitas Médicas Domiciliarias a las Personas Adultas Mayores de 70 años en el Distrito Federal,<sup>9</sup> implementado por los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en 2005. Este había encontrado que 13% de la población adulta mayor carecía de posibilidades de traslado a los centros de salud, por lo que era necesario atenderla en sus domicilios (SSDF, 2008). Lo novedoso del programa de ADPV es que incluyó, desde su inicio, la atención psicológica a esta población así como a sus cuidadores. En esta sección se muestran sus principales características así como la manera en la que se proporciona dicha atención en las Jurisdicciones Sanitarias.

El programa se caracteriza por ser el primer modelo de atención domiciliaria con una estructura administrativa sólida, dirigido a adultos mayores, personas con discapacidad y enfermos en etapa terminal, entre otros (SSDF, 2009). Para este programa la “población vulnerable” es definida como *Persona o grupo de personas con limitaciones para realizar por sí mismas las actividades básicas para su desempeño, físico, mental, sensorial y/o social, permanente o temporal que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria y que los imposibilita para*

---

<sup>9</sup> Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 26 de septiembre de 2005, el acuerdo mediante el cual se emite el Programa de Visitas Médicas Domiciliarias para Adultos Mayores de 70 años en el Distrito Federal, incorporados a la Pensión Alimentaria; el cual tiene por objeto brindar atención médica a domicilio a los adultos mayores con limitaciones tales que les impidan trasladarse a los Servicios de Salud. Las visitas médicas las realizará personal médico de primer nivel de atención de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (cgservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/1078.doc).

*que acudan a una Unidad de Salud, (incluye a pacientes terminales), así como a sus cuidadores primarios, independientemente de si son familiares o no (SSDF, 2008).*

El Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable tiene como objetivo fundamental reorganizar el modelo de atención actual, que presenta determinadas características que lo hacen ineficaz (centrado en la atención de “enfermos”, organizado a partir de la demanda, etc.), por un modelo cuyo eje de atención sean las familias, orientado a la salud y a dar prioridad a las personas en situación de alta vulnerabilidad. En este sentido, entre sus objetivos se plantea uno general que consiste en otorgar atención médico-preventiva a la población vulnerable en su domicilio particular o residencia actual, y dos específicos: 1) construir un sistema de atención domiciliaria de servicios integrales para la población no-asegurada que garantice la cobertura universal en el Distrito Federal y que permita abordar los procesos de salud-enfermedad en sus dimensiones de promoción, prevención, eliminación del riesgo y restauración del daño, tanto en el nivel individual, como familiar y comunitario; y 2) contribuir al desarrollo pleno de capacidades y potencialidades de la población identificada como vulnerable y asegurar a ésta un trato digno, así como el acceso a los servicios de salud en forma gratuita, integral y oportuna (SSDF, 2008).

El programa cuenta con una estructura administrativa que consta de una Coordinación de Atención Domiciliaria, que es la instancia responsable de verificar la aplicación del procedimiento del programa y una Subdirección de Modelos de Atención Domiciliaria, encargada de la aplicación del procedimiento del programa. Además, el programa está conformado por equipos multidisciplinarios adscritos a las Jurisdicciones Sanitarias e integrados por médico, enfermera(o), trabajador social y psicóloga(o), quienes otorgan directamente la atención médica en la casa del paciente.

El programa ayudó a la investigación en la medida que su estructura facilitó la realización de entrevistas en las viviendas de los pacientes adultos mayores que se encontraban inscritos en éste.

## **II.2 Selección de los Centros de Salud**

La selección de los Centros de Salud para el presente estudio no correspondió a una decisión metodológica de corte aleatorio. Cuando se presentó el protocolo de investigación a la Secretaría de Salud y sus correspondientes áreas de competencia, como son los Servicios de Salud, dicha instancia seleccionó a conveniencia tres Jurisdicciones Sanitarias y en cada una de ellas un Centro de Salud tipo T-III.

La primera Jurisdicción Sanitaria elegida fue Iztacalco y, dentro de ella, el Centro de Salud Dr. Manuel Pesqueira. El interés en realizar el estudio en este Centro de Salud tiene que ver con un proyecto mayor que busca desarrollar el Gobierno de la Ciudad de México a través de la Secretaría de Salud, que consiste en la creación una Clínica para la Atención del Adulto Mayor. La segunda jurisdicción sanitaria fue Iztapalapa y el Centro de Salud Dr. Guillermo Román Carrillo y la tercera jurisdicción sanitaria fue Gustavo A. Madero y dentro de ella el Centro de Salud Dr. Rafael Ramírez Suarez. La razón para realizar el estudio en estas dos últimas jurisdicciones sanitarias es la cantidad de población atendida pues, con base en las estadísticas históricas, son las jurisdicciones que más servicios otorgan a la población en general y a la adulta mayor en particular (SSDF, 2014).

### **II.2.1 Perfil socio-demográfico y epidemiológico de la población atendida por el Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable en los tres Centros de Salud**

La población atendida por el programa en los tres Centros de Salud está compuesta por 223 personas que estaban inscritas en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2014, de las cuales 67.3 por ciento son mujeres y 32.7 por ciento hombres; en cuanto a la edad, 21.1 por ciento son menores de 60 años, 12.6 por ciento están entre 60 y 69 años, 14.8 por ciento corresponde a 70-79 años, 33.6 por ciento se encuentra en el grupo 80 a 89 años y 17.5 por ciento tiene 90 o más años. Lo anterior indica que el programa atiende en su mayoría a personas adultas mayores, ya

que este grupo de la población en los tres padrones se encuentra alrededor del 80 por ciento (ver cuadro 1).

**Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población del Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable en los tres Centros de Salud**

	Edad					Total población de 60 y más
	Menor de 60 años	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 y más	
<b>Iztacalco</b>						
Mujeres	10 (19.6%)	2 (3.9%)	6 (11.8%)	23 (45.1%)	10 (19.6%)	41 (80.4%)
Hombres	7 (24.1%)	4 (13.8%)	5 (17.2%)	9 (31.0%)	4 (13.8%)	22 (75.9%)
Total	17 (21.2%)	6 (7.5%)	11 (13.8%)	32 (40.0%)	14 (17.5%)	63 (78.8%)
<b>Iztapalapa</b>						
Mujeres	4 (9.8%)	8 (19.5%)	9 (22.0%)	12 (29.3%)	8 (19.5%)	37 (90.2%)
Hombres	8 (40.0%)	5 (25.0%)	3 (15.0%)	3 (15.0%)	1 (5.0%)	12 (60.0%)
Total	12 (19.7%)	13 (21.3%)	12 (19.7%)	15 (24.6%)	9 (14.8%)	49 (80.3%)
<b>Gustavo A. Madero</b>						
Mujeres	8 (14.0%)	4 (7.0%)	7 (12.3%)	24 (42.1%)	14 (24.6%)	49 (86.0%)
Hombres	10 (41.7%)	5 (20.8%)	3 (12.5%)	4 (16.7%)	2 (8.3%)	14 (58.3%)
Total	18 (22.2%)	9 (11.1%)	10 (12.3%)	28 (34.6%)	16 (19.8%)	63 (77.8)

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo Nominal Pacientes, Atención Domiciliaria 2014, Septiembre-Diciembre 2014.

Las personas que se encuentran en el programa presentan limitaciones que les impide ir a los centros de salud, éstas pueden estar asociadas a la salud física y mental, así como, a condiciones económicas. En este sentido, la discapacidad es una característica de las personas adultas mayores pertenecientes al programa, según el Censo Nominal Pacientes, Atención Domiciliaria 2014, la gran mayoría de las personas presenta al menos una discapacidad, ya sea, motora, física por enfermedad, visual, auditiva o intelectual (ver cuadro 2).

**Cuadro 2. Tipo de discapacidad de la población del Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable en los tres Centros de Salud**

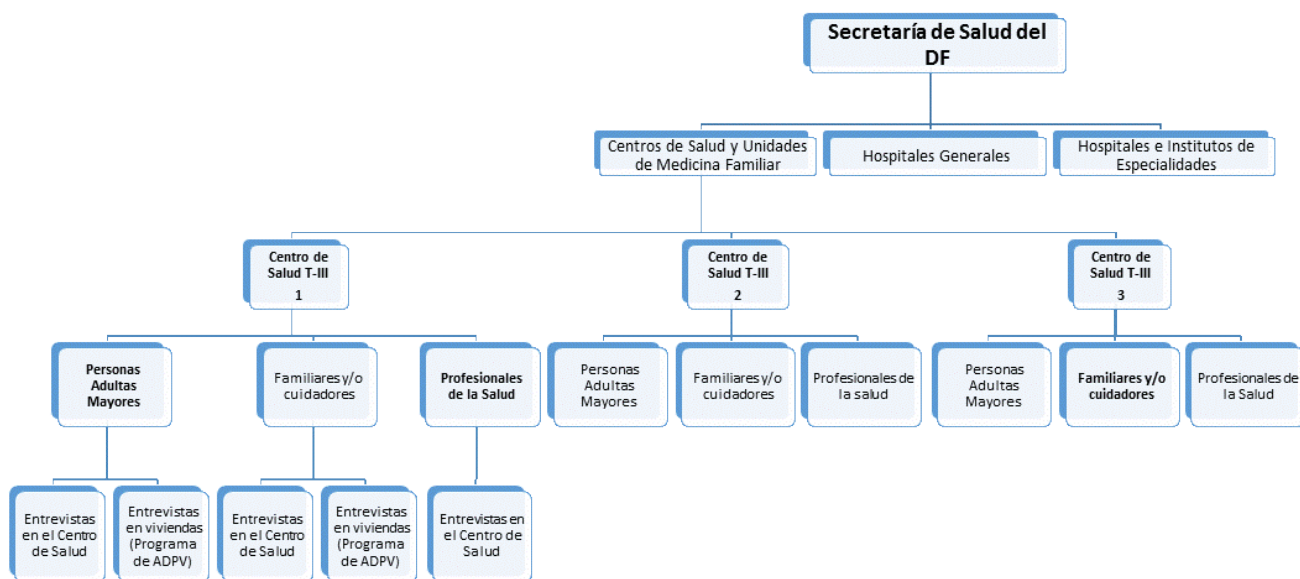
	Motora	Física por enfermedad	Visual	Auditiva	Mental	Total personas con discapacidad
<b>Iztacalco</b>						
Mujeres	9 (22.0%)	1 (2.4%)	2 (4.9%)	0	2 (4.9%)	11 (26.8%)
Hombres	5 (22.7%)	2 (9.1%)	0	0	3 (13.6%)	7 (31.8%)
Total	14 (22.2%)	3 (4.8)	2 (3.2%)	0	5 (7.9%)	18 (28.6%)
<b>Iztapalapa</b>						
Mujeres	6 (16.2%)	15 (40.5%)	4 (10.8%)	4 (10.8%)	2 (5.4%)	25 (67.6%)
Hombres	2 (16.7%)	5 (41.7%)	1 (8.3%)	1 (8.3%)	1 (8.3%)	9 (75.0%)
Total	8 (16.3%)	20 (40.8%)	5 (10.2%)	5 (10.2%)	3 (6.1%)	34 (69.4%)
<b>Gustavo A. Madero</b>						
Mujeres	42 (85.7%)	0	4 (8.2%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	43 (87.8%)
Hombres	13 (92.9%)	0	0	0	0	13 (92.9%)
Total	55 (87.3%)	0	4 (6.3%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	56 (88.9%)

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo Nominal Pacientes, Atención Domiciliaria 2014, Septiembre-Diciembre 2014.

### II.3 Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en los tres centros de salud seleccionados, se entrevistó a la población objetivo: pacientes adultos mayores, familiares y/o cuidadores y profesionales de la salud. La principal estrategia establecida fue entrevistar a personas adultas mayores que asisten a los centros de salud y a su acompañante y a pacientes de este grupo de edad que forman parte del programa de ADPV y al familiar o cuidador que se encontraba en la vivienda al momento de la entrevista. La selección de los profesionales de la salud se hizo con base en el criterio de tener una mayor interacción con pacientes adultos mayores o estar en áreas estratégicas como programas de activación física, clínica para crónicos, entre otros. De igual forma se entrevistó a personal de archivo y de farmacia (ver gráfico 1).

## Gráfico 1. Procedimiento del trabajo de campo



### II.3.1 Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, Centro de Salud T-III Dr. Manuel Pesqueira

La Jurisdicción Sanitaria Iztacalco está conformada por un hospital pediátrico y cinco centros de salud, de los cuales uno es T-II y cuatro son T-III. En el 2014 tenía una población de 378,204 habitantes, de los cuales 52.6% eran mujeres y aproximadamente 11% del total de la población tenía 60 años y más (CONAPO, 2014).

El Centro de Salud T-III Dr. Manuel Pesqueira se encuentra dentro del área territorial de la delegación política de Iztacalco y está ubicado en la Avenida sur 16 s/n, esquina Oriente 245, Colonia Agrícola Oriental, Delegación Iztacalco, C.P. 08500, Distrito Federal. El acceso a la zona es relativamente fácil a través de distintos medios de transporte públicos o privados. Para acudir en medio de transporte público puede emplearse el servicio de transporte colectivo metro hasta las estaciones Zaragoza (Línea 1), San Antonio Abad (Línea 2), Puebla (Línea 9), Pantitlán (terminal de las líneas 1, 2 y 9), así como la Línea A desde la estación Agrícola Oriental; desde estas estaciones, es posible tomar otro medio de transporte colectivo hasta el Centro de Salud. También se puede utilizar el metrobus Línea 2 y llegar a las estaciones Rojo

Gómez o Río Frío y caminar o tomar un microbús, aproximadamente ocho cuadras por la Avenida Javier Rojo Gómez hasta llegar a Sur 16.

Este centro brinda servicios de consulta médica general, odontología, laboratorio, rayos X, trabajo social, vacunación, nutrición, consulta psiquiátrica y medicina preventiva. Cuenta con una infraestructura dotada de 13 consultorios que se utilizan en el turno matutino y vespertino y para los fines de semana: un consultorio para psicología, uno para nutrición, uno para vasectomía, uno para colposcopia, uno para realizar los ultrasonidos, así como uno para rayos X. El centro cuenta con un área para odontología con tres unidades matutinas y tres vespertinas. Trabajo social tiene un área común con dos módulos de atención al público, más un área de trabajo comunitario que es un salón donde se reúnen los grupos. En cuanto al personal de salud, el centro cuenta con: 1 nutrióloga, 2 psicólogos, cinco dentistas, 21 médicos de base incluyendo al director, dos ginecólogos, una técnica radióloga y 8 trabajadores sociales. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:30 am a 10 pm y sábados y domingos de 8:00 am a 7:30 pm. En este centro de salud, el Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable sólo cuenta con un médico para atender ochenta personas que, para el mes de septiembre de 2014, se encontraban en el “Censo Nominal Pacientes, Atención Domiciliaria 2014”, a pesar de que la normativa del Programa refiere que para ofrecer el servicio se debe tener un equipo con al menos dos profesionales de la salud.

El trabajo de campo en el Centro de Salud T-III Dr. Manuel Pesqueira se llevó a cabo del 6 al 31 de octubre de 2014. La primera semana, comprendida entre el 6 y el 10 del mismo mes, fue destinada a la prueba de instrumentos, actividad que consistió en la aplicación, evaluación y ajuste de las guías de entrevista semi-estructurada creadas para cada grupo a entrevistar, así como fijar estrategias para llevar a cabo el trabajo de campo.



### **II.3.1.1 Semana 1: Octubre 6 al 10 de 2014**

Para iniciar el trabajo de campo, se acordó una cita con la responsable Estatal de Geriatría de los Servicios de Salud de la SSDF. Con ella se realizó el primer contacto para presentar el proyecto de investigación y, una vez aprobado, ella fue designada como enlace entre la institución y la investigadora responsable del proyecto. El primer día de terreno nos reunimos con la responsable Estatal de Geriatría de los Servicios de Salud de la SSDF y los miembros del equipo de trabajo de campo y, desde la estación de metro Chabacano (correspondencia entre las líneas 2 y 9), nos dirigimos en carro hacia el centro de salud, en un trayecto que duró aproximadamente 25 minutos. Al llegar, lo primero que observamos fue la fila de pacientes que esperaban a que se les asignara una ficha para ser atendidos. La fila procedía de la ventanilla de archivo, la cual se encuentra al lado izquierdo de la entrada. Pasamos por la sala de espera, la cual estaba totalmente llena, y nos dirigimos a la Dirección para nuestra primera reunión de presentación, conocimiento de las actividades a realizar y desarrollo de estrategias para el trabajo de campo.

En la oficina del Director del Centro se encontraba el personal de salud del centro y de la Jurisdicción Sanitaria. Por parte del centro estaban participando el Director del Centro de Salud; la coordinadora médica y el médico responsable del programa de ADPV. Por parte de la Jurisdicción, estaba el Director de la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco; el responsable del programa de ADPV; la médica responsable del programa de ADPV en el Centro de Salud Lic. Ramos Millán; la médica responsable y el enfermero del programa de ADPV del Centro de Salud Dr. José Zozaya.

La reunión tenía como fin dar a conocer el proyecto y fijar actividades para cada uno de los días que estaríamos en el Centro de Salud. Con base en lo acordado en este encuentro, elaboramos de manera conjunta un cronograma que comprendió entrevistas en domicilios y en el centro de salud, visitas al grupo de adultos mayores que se reúnen los miércoles y una plática con el personal médico, que tiene lugar todos los días jueves en el primer piso del centro. Esta actividad era pertinente para dar a conocer el proyecto y la metodología que utilizaríamos, en la cual las entrevistas

semiestructuradas serían un componente clave. Como lo constatamos a lo largo del trabajo de campo, es poco el conocimiento por parte de los profesionales de este tipo de estrategia metodológica, que suele ser equiparada a la encuesta. De todos modos, la reunión nos mostró el interés del personal del centro de salud y de la jurisdicción en apoyar el proyecto y en disponer de profesionales para que nos acompañaran en las actividades. En el cronograma establecimos los profesionales del centro de salud que entrevistáramos: una enfermera con especialización en geriatría; dos médicos (uno de ellos de atención a enfermos crónicos) por ser quienes atienden a un número mayor de pacientes adultos mayores; una de las trabajadoras sociales; la gestora de calidad; un psicólogo y los funcionarios encargados del archivo y de la farmacia.

Luego de este encuentro realizamos las dos primeras entrevistas, las cuales tenían como fin probar el instrumento con los profesionales de la salud. Una entrevista fue realizada a la responsable del programa de ADPV en el Centro de Salud Lic. Ramos Millán. Su testimonio fue muy interesante porque planteó algunas reflexiones claves para el trabajo posterior con los profesionales, tales como la importancia de indagar en las motivaciones de los profesionales a la hora de elegir este oficio o de ingresar a los programas de atención domiciliaria, el efecto de las carencias del sistema de salud en la atención médica y la presencia, entre los mismos profesionales, de ideas preconcebidas en torno a los adultos mayores.

Entrevistadora: Aparte del sentimiento de frustración ¿hay alguna otra problemática psicosocial, el estrés, cansancio, insatisfacciones, tristeza, alguna otra problemática que usted crea que está relacionada con agresión a los adultos mayores?

Médico: Yo creo que sí, ya acaba uno cada vez más desganado y para colmo si somos de honorarios no tenemos ni vacaciones, por ejemplo yo hacía ejercicio, pero a raíz de que estoy trabajando dos turnos llego a las 11 de la noche, prácticamente no me quedan ni ganas de hacer nada, yo creo que los compañeros han de estar igual.

De acuerdo con la entrevistada, los adultos mayores que atiende son generadores de violencia en sus hogares y en muchos casos, su deterioro cognitivo está relacionado con excesos en el consumo de drogas y alcohol durante la juventud. Este discurso se reiteró a lo largo de la entrevista:

Entrevistadora: A nivel personal, ¿cree que hay algo justificado en esas ideas de que es una responsabilidad o que llega a ser una carga cuidarlos?

Médico: Yo creo que sí, a final de cuentas si lo ve uno fríamente, es una carga cuidarlos, son cargas que muchas de las veces son responsabilidad de ellos mismos, todo es efecto de todo lo que hicieron a lo largo de toda su vida, hay un paciente que tiene Alzheimer, pero no es Alzheimer, es una encefalopatía porque vivía meses borracho, y una vez que quedó tirado en una banqueta lo levantaron los hijos...y ya estando en el anexo dijeron; ya vengan por él, porque desde que reaccionó, desde que se le bajó la cruda, no se le entiende lo que dice, no reacciona, y se dieron cuenta que no reaccionaba, yo realmente no creo que sea un Alzheimer, francamente el deterioro ha sido demasiado rápido, no habla, no camina, no controla esfínteres, cosas así por el estilo, pero como dicen, estaba borracho y se cayó de la azotea y desde entonces no camina y dejó de trabajar y manténganme...

Esta experiencia nos hizo percatarnos de la importancia de indagar sobre las motivaciones de los profesionales para entrar en el área en la cual se desempeñan, razón por la cual, en adelante, incluimos una pregunta al respecto en la guía de entrevistas.

El segundo día de trabajo de campo realizamos la prueba de los instrumentos dirigidos a las personas adultas mayores y a sus familiares y/o cuidadores, para ello, fuimos a los domicilios de los pacientes atendidos por el programa de ADPV. Para esta tarea, contamos con la colaboración del médico encargado de este programa en el centro Manuel Pesqueira. La estrategia utilizada en este primer acercamiento fue acudir a los domicilios en compañía del médico del programa, quien estuvo presente durante la realización de las entrevistas a las personas adultas mayores y a sus familiares y/o cuidadores. Como lo explicaré más adelante, esta estrategia varió a lo largo del trabajo de campo de acuerdo con los riesgos de seguridad en las viviendas.

El procedimiento para entrevistar a los participantes fue, en primer lugar, una presentación del personal del equipo de entrevistadoras, a cargo del médico del programa de ADPV; en segundo lugar, la explicación por parte del entrevistador de la dinámica al participante y la lectura de un consentimiento informado, en el cual estaban registrados los objetivos del trabajo, su justificación, los temas generales de las preguntas a realizar y una advertencia sobre los posibles efectos emocionales de abordar dichos temas durante la entrevista. De igual manera, el consentimiento establecía que el entrevistado estaría en libertad de referirse o no a determinados

asuntos y planteaba el compromiso de parte del equipo en utilizar dicha información exclusivamente en el marco de este estudio. Luego de la lectura y explicación de este consentimiento, si el interlocutor estaba de acuerdo y no tenía preguntas, procedíamos a solicitarle su firma y a dejarle una copia de dicha información; si, por el contrario, nos manifestaba sus inquietudes, nos tomábamos un tiempo para responderlas. Después de pedirle al participante su autorización para realizar la grabación de audio, iniciábamos la entrevista semiestructurada. En el caso de los pacientes invidentes o que, por otra discapacidad no pudieran firmar el consentimiento, este era leído y explicado, y su aprobación para participar en el estudio era grabada en audio con su autorización. Esta fue, de manera general y con pequeñas variaciones, la dinámica utilizada en las entrevistas realizadas tanto en el centro de salud, como en los domicilios de los pacientes del programa de ADPV.

El tercer día aplicamos las entrevistas estructuradas a pacientes adultos mayores y a sus familiares y/o cuidadores asistentes al centro de salud. Allí surgió una de las dificultades recurrentes durante el trabajo de campo, como lo fue encontrar personas adultas mayores que accedieran a participar en el estudio debido, principalmente, a la larga duración de las entrevistas que interfería con sus actividades. La estrategia utilizada en este sentido fue solicitar a la coordinadora médica y al director del centro que nos presentaran a los médicos que atienden a una parte importante de los pacientes adultos mayores. Nos acercamos a estos profesionales para contarles sobre el proyecto y solicitarles su colaboración, la cual consistía en remitirnos pacientes adultos mayores que quisieran participar en la investigación. Ambos profesionales accedieron a colaborar en esta labor, lo cual nos mostró la importancia de los médicos en la mediación con los entrevistados. En adelante, esta sería la estrategia utilizada en los centros de salud para acceder a los pacientes adultos mayores, quienes en la mayoría de los casos parecieron tomar en cuenta la sugerencia de los profesionales sobre participar en la investigación, dado que, con ello, contribuirían a mejorar el servicio.

Desde estos primeros acercamientos a los entrevistados, la violencia y los aspectos negativos del envejecimiento fueron elementos recurrentes. Por una parte, uno de los médicos contaba que, para él, es frecuente atender a adultos mayores que viven situaciones de abandono y violencia en sus hogares, y que incluso ha llegado a atender personas con moretones o golpes. Por otra parte, una de las adultas mayores entrevistadas en el centro de salud señaló una dimensión reiterada en los testimonios escuchados a lo largo del trabajo de campo: un sentimiento de inutilidad que acompaña al envejecimiento, así como el gran sufrimiento que éste genera:

Les digo a mis hijas, yo me siento inútil hasta para tender la ropa, para agarrar, porque me canso muy rápido, yo me siento muy inútil hija, ya no me siento igual (lágrimas) hasta para agarrar las cosas y todo (lágrimas) luego a veces este, me siento muy cómo le diría yo, a veces he pensado hay mejor me hubiera yo morido, muerto ya de una vez, ya se siente uno muy inútil señorita, muy desesperado uno, desgraciadamente yo ya. Llega uno a una edad, yo si luego a veces si me desespero (lágrimas).<sup>10</sup>

Desde el inicio, el acercamiento a los adultos mayores reveló una dura faceta del envejecimiento como etapa de desgaste y decaimiento de las capacidades físicas y psicológicas. Esta situación se reflejó en el trabajo de campo y presentó un reto importante para las entrevistadoras, quienes muy a menudo nos sentíamos interpelados por la dureza de los testimonios recolectados. No obstante, pese a la dificultad de abordar el tema de la violencia, o de encontrar voluntarios en el centro de salud, una vez iniciadas las entrevistas percibimos en ellas una dimensión terapéutica, en la medida en que se convirtieron en espacios de desfogue de las experiencias cotidianas. La ventaja de realizar entrevistas semiestructuradas, en vez de aplicar formularios cerrados de encuestas, consistió en que esta metodología permite responder de manera más libre y abierta a las preguntas del entrevistador. Así, entre adultos mayores y cuidadores que cuentan con pocos espacios para hablar sobre las dificultades de la vida cotidiana, las entrevistas se convirtieron en momentos catárticos.

Otra de las actividades realizadas durante la semana de prueba de instrumentos fue la presentación del proyecto en la sesión de práctica médica, realizada cada jueves en

---

<sup>10</sup> Entrevista L-AM-02-08-10-14.

horas de la tarde. En esta reunión, los profesionales del centro de salud socializan conocimientos sobre diversas cuestiones médicas y administrativas. Allí asistimos para presentar el proyecto de investigación y el equipo participante en este. Dicha actividad fue clave, pues nos dio a conocer ante el personal del centro de salud que, en adelante, se mostró aún más dispuesto a colaborar con el equipo. Esta situación contrastó con la de los demás centros visitados, en los cuales no fue posible llevar a cabo una actividad similar, ya que las reuniones de este tipo no son parte de una reglamentación, sino una iniciativa del director del centro para tener una mayor cohesión.

Con base en las entrevistas logradas en esta primera semana de trabajo, realizamos una evaluación y ajuste de las guías de preguntas que utilizaríamos a lo largo del proyecto. De esta manera, el equipo debatió sobre las dificultades y fortalezas de cada pregunta, sobre los vacíos de las guías y las estrategias discursivas para plantear las preguntas de la forma más clara posible.

### **II.3.1.2 Semana 2: 13 al 17 de octubre de 2014**

La dinámica de trabajo continuó con la colaboración de los médicos del programa de ADPV de los otros centros de salud de la jurisdicción. Sin embargo, después de la experiencia de prueba de instrumentos, en la cual los profesionales estuvieron presentes durante las entrevistas o permanecieron en el mismo domicilio, decidimos proponerles que no nos acompañaran y que el médico del programa de ADPV en el centro de salud Manuel Pesqueira, nos llevara a las viviendas y tan sólo nos presentara para tener el ingreso a las mismas. La metodología inicial de trabajo había sido propuesta por el director del centro de salud. Aunque su idea demostraba un interés por contribuir con la investigación, generaría retrasos en la atención de los pacientes, así como dificultades adicionales para conseguir privacidad en las entrevistas. Por esta razón, propusimos una dinámica en la cual el responsable del programa nos llevaría a los domicilios, nos presentaría, platicaría sobre el proyecto con las personas adultas mayores y sus familiares y/o cuidadores y solicitaría su participación en la investigación. Esta fue la estrategia seguida en los demás centros de salud visitados.

El hecho de que los profesionales no estuvieran presentes durante las entrevistas nos resultó beneficioso, debido a que uno de los temas abordados en las guías de preguntas era la relación del paciente adulto mayor con la institución prestadora del servicio de salud.

Todas las entrevistas realizadas en esta delegación tuvieron lugar en la colonia Agrícola Oriental, a pocas cuadras del centro de salud Manuel Pesqueira. En la segunda semana de trabajo de campo pudimos visitar nueve domicilios, en los cuales realizamos entrevistas a pacientes adultos mayores y a su familiar y/o cuidador, así como observaciones del entorno que serían claves para comprender las particularidades de cada caso. A lo largo de la investigación, estas observaciones fueron registradas en diarios y notas de campo, en las cuales los miembros del equipo describíamos el espacio físico, la interacción con los participantes, las emociones y sentimientos expresados durante el trabajo realizado, los aspectos de la observación relacionados con la violencia y las cuestiones que, a nivel personal, nos llamaban más la atención. Los diarios de campo contaban con una sección específica para registrar, de manera separada, nuestras impresiones, sentimientos y emociones. En estos registros, las experiencias propias jugaron un papel clave y permitieron plantear nuevas preguntas o generar hipótesis sobre el problema abordado. Hicimos un ejercicio de aislar estas percepciones subjetivas de las descripciones de los espacios y situaciones, para evitar aplicar nuestros juicios de valor a las realidades observadas durante el trabajo de campo.

Como lo señalamos antes, la violencia fue un tema recurrente desde los primeros acercamientos a los participantes, las condiciones precarias en las que viven las personas y las necesidades tan apremiantes debido a sus problemas de salud y a la ausencia de apoyo familiar. Otra cara del problema empezó a aparecer en los testimonios recolectados en las viviendas: la sobrecarga de los cuidadores. Nos encontrábamos ante una situación de múltiples dimensiones. En los hogares seleccionados por el médico del programa, las entrevistas semiestructuradas permitieron a los participantes expresar sus sentimientos de frustración, tristeza o

preocupación por el cuidado de la persona adulta mayor. Por ejemplo, una de las cuidadoras con quienes platicamos, nos agradeció nuestra visita pues sentía que durante la entrevista se había “desahogado” de sus problemas con su papá. En adelante, el agradecimiento por parte de los entrevistados por haberlos escuchado fue una actitud frecuente. Otro aspecto que nos llamó la atención fue el encontrar cuidadores hombres, quienes además de la sobrecarga, conviven con la frustración de haber dejado una actividad remunerada para dedicarse al cuidado de la persona adulta mayor. Por ejemplo, un cuidador, hijo de una adulta mayor, en la entrevista manifestó que había dejado de realizar actividades productivas desde que se dedicó al cuidado de su mamá y desde entonces no cuenta con recursos económicos y que viven de la pensión no contributiva que recibe la adulta mayor del GDF, su frustración era tal que en varias ocasiones durante la entrevista manifestó su tristeza a pesar del interés y el cariño que se veía para con la adulta mayor, al terminar la entrevista, agradeció el que lo hubiéramos escuchado y nos manifestó que para él había sido como una terapia.

Un aspecto importante durante el trabajo de campo fue la dinámica creada con el médico del programa, este profesional nos permitió acercarnos a su práctica médica y observar la atención que brindaba a sus pacientes. El hecho de que las entrevistadoras fueran presentadas por él facilitó el acceso a las viviendas de los pacientes adultos mayores y una mejor empatía con los familiares y/o cuidadores, ya que es un profesional que cuenta con un gran respeto y aprecio en la comunidad. En las pláticas cotidianas, previas a la visita a cada domicilio, el médico del programa nos brindaba información sobre el estado de salud de los pacientes visitados, e incluso nos contaba sobre las relaciones familiares y conflictos presentes en la vida de la persona adulta mayor, nos compartió varias anécdotas de su trabajo en la zona, lo cual nos demostró su conocimiento de los pacientes del programa, no sólo a nivel médico sino también familiar. Este hallazgo fue clave pues, a medida que avanzaba el trabajo de campo, nos mostró la centralidad del compromiso y de las calidades propias de cada profesional en el impacto que tiene el programa de ADPV. La buena recepción por parte de la mayoría de entrevistados, así como sus comentarios positivos sobre el programa, nos hicieron percibir un alto nivel de confianza en la labor del centro de



salud y, en particular, del médico del programa; este profesional es una persona reconocida, respetada por su práctica médica, que planea las citas de sus pacientes, los visita con frecuencia y tiene comunicación telefónica constante con ellos. Asimismo, el médico cuenta con facilidades a la hora de movilizarse entre un domicilio y otro, pues tiene un vehículo particular que usa para desplazarse.

Durante los primeros días fue común encontrar algunas prevenciones de parte de los adultos mayores y sus cuidadores a la hora de aprobar su participación en el estudio y a la grabación de las entrevistas en audio. En los casos en los cuales encontramos negativas o dudas, reiteramos que la información no sería divulgada más allá del estudio realizado y nos comprometimos a hacer un uso responsable de ella. A pesar de estas aclaraciones, en algunos casos los entrevistados no accedieron al uso de la grabadora, por lo cual la información recolectada fue registrada en notas de campo. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, la desconfianza inicial fue vencida y los participantes accedieron a responder las preguntas realizadas.

A la par con el avance del trabajo de campo en los domicilios, sentimientos de tristeza e impotencia empezaron a aflorar entre quienes acudíamos a las visitas. Los relatos sobre diversos tipos de violencia familiar empezaron a ser recurrentes y encontramos que el maltrato hacia los adultos mayores es un problema de múltiples dimensiones y que se encuentra enraizado en las historias de vida de los entrevistados. En uno de los domicilios visitados durante la segunda semana de trabajo de campo, la adulta mayor, invidente, relató formas de violencia económica, física y verbal por parte de su hija adoptiva (tales como no comprarle lo que ella quisiera con su tarjeta de ayuda económica, llevarla a misa arrastrándola del brazo o decirle malas palabras). Sin embargo, su hija y cuidadora explicó que la relación con su mamá es conflictiva debido a que

...yo desde pequeña he sufrido como que abuso sexual, primero por parte de ella [su mamá], después como yo fui una niña como que con un cuerpo muy desarrollado mi mamá me quería vestir como mujer ya como jovencita, entonces me decía que ya necesitaba como que un hombre, para esto a los 11 años de edad mi papá pues agarro un negocio de anuncios electrónicos y el hecho es de que mi mamá metió a un empleado ya grande a mi

recámara, desde los 11 años y medio a los 12 años y medio estuvo haciendo eso, de hecho ella estuvo como 4 veces presente...<sup>11</sup>

Estas situaciones familiares conflictivas generaron preguntas sobre la intervención de los profesionales de la salud en las situaciones de violencia. Al respecto, la entrevistada comentó que

“el doctor Marco me ha dicho que cuando existe ese tipo de violencia un doctor no puede meterse mucho...él no puede intervenir mucho en esas situaciones, pero yo creo que si se puede hacer algo dentro de sus posibilidades”.<sup>12</sup>

Aunque la cuidadora asiste a terapia con un psicólogo del centro de salud, el profesional del programa de ADPV manifestó no tener conocimiento sobre los avances logrados en estas sesiones.

En otro de los casos observados en la segunda semana de trabajo de campo, el adulto mayor señaló que su sobrino lo ha aventado a la cama. La historia no fue relatada en detalle, debido a la presencia de la cuidadora en el domicilio. Con respecto a este caso, el médico del programa contó que al adulto mayor se le acusa de tener relaciones sexuales “incestuosas”. Según el adulto mayor, la acusación se refiere a una hermana de su esposa, pero es falsa. Este conflicto ha causado abandono de parte de sus hijos y cierta renuencia a cuidarlo por parte de algunos miembros de la familia de su hermana, con quien vive. Aunque el médico está enterado de la situación familiar y es muy apreciado en este hogar, no nos contó sobre ninguna acción que haya emprendido con respecto a este caso.

Los primeros acercamientos al terreno sugerían la existencia de formas de violencia familiar y hacia las personas adultas mayores, en las cuales el personal de salud no estaría interviniendo. De esta manera, empezamos a plantearnos varios interrogantes: ¿por qué dichas situaciones de violencia no son atendidas? ¿Cuáles son los obstáculos para que estos casos de violencia no sean tratados de forma oportuna?

---

<sup>11</sup> Entrevista L-FC-05-16-10-14.

<sup>12</sup> *Ibíd.*

¿Cuáles son los criterios para considerar una situación como violenta y merecedora de intervención por parte de los profesionales de la salud?

La segunda semana de trabajo culminó con dos entrevistas realizadas a adultos mayores asistentes al centro de salud. Debido a la dificultad para encontrar voluntarios dispuestos a participar, la estrategia utilizada fue solicitar la colaboración de una de las trabajadoras sociales del centro de salud, quien presentó a las dos entrevistadas y les sugirió participar en la investigación.

### **II.3.1.3 Semana 3: 20 al 24 de octubre de 2014**

Durante esta semana, concluimos las visitas a los domicilios y la mayor parte del trabajo de campo se llevó a cabo en el centro de salud. Allí realizamos entrevistas a tres adultos mayores, una cuidadora y cinco profesionales de la salud. En cuanto a las visitas a los domicilios, un aspecto importante fue conocer uno de los casos más críticos que maneja el programa de ADPV del centro Manuel Pesqueira. Al respecto, el médico del programa ya ha realizado dos reportes a la jurisdicción por las malas condiciones en las que es mantenido el adulto mayor. Allí sólo entrevistamos al cuidador, quien no nos permitió grabarlo. El adulto mayor, sobrino del entrevistado, tiene secuelas de una parálisis, que le impiden mover la mitad de su cuerpo, y vive en condiciones de higiene muy deficientes en un cuarto en la azotea de la casa, al cual se accede por unas escaleras muy pequeñas. En el cuarto hay un bote adaptado como baño, el cual no tiene ninguna separación física del resto del espacio. El dormitorio tiene humedad, goteras y un fuerte olor a orina. El cuidador argumentó que brinda el cuidado que puede a su tío y que no puede comprometerse a ofrecerle más atención. La entrevista al adulto mayor no se realizó debido a que la conversación con su cuidador tardó más de cuatro horas, razón por la cual nos comprometimos a regresar en otro momento para trabajar con el adulto mayor. Sin embargo, al día siguiente, el médico responsable del programa nos comentó que no consideraba conveniente que lo entrevistáramos, debido a que él volvería a levantar un reporte a la jurisdicción por la situación de abandono en la cual se encontraba el paciente. Para el profesional, no

era conveniente que acudiéramos de nuevo al domicilio para entrevistar al adulto mayor, porque esto podría generar molestias de parte del cuidador que se reflejaran en su trato y porque, según él, era probable que el cuidador no nos diera espacio para platicar de manera privada. En este caso, notamos que el médico del programa sí ha hecho uso de los canales que existen para reportar una situación de violencia, aunque esto no ha significado una mejora sustancial en la vida del adulto mayor afectado, pues es el segundo reporte que este profesional realiza en poco más de un año. De igual manera, hallamos un elemento que se reiteraría en casos de violencia registrados en etapas más avanzadas del trabajo de campo: la renuencia de los cuidadores a participar en el estudio y a ser grabados, la justificación del cuidado brindado y una actitud por momentos intimidante hacia las entrevistadoras. Al observar esta situación, surgieron interrogantes sobre la efectividad de los mecanismos de denuncia y atención de la violencia hacia las personas adultos mayores.

En cuanto al trabajo de campo en el centro de salud en esta semana, una de las principales dificultades encontradas fue disponer de espacios para platicar con privacidad con los entrevistados. A pesar de que el personal del centro de salud cooperó de manera activa en la consecución de consultorios vacíos, en varias ocasiones debimos utilizar bancas del patio o la sala de espera más vacía para llevar a cabo las entrevistas.

Asimismo, un aspecto importante de las observaciones, conversaciones y entrevistas llevadas a cabo en el centro de salud, fue que nos permitieron evidenciar algunas formas de violencia estructural hacia los usuarios del servicio. Al sentarnos en las salas de espera con la intención de observar el entorno y conversar de manera espontánea con los asistentes, nos percatamos de las largas filas en el archivo, de situaciones en las cuales los adultos mayores no eran atendidos de manera prioritaria, de los tiempos prolongados de espera para la atención (de cuatro horas o más) y de la falta de elevadores o rampas para el acceso de los pacientes con discapacidad a la primera planta. Todo ello se sumó a las quejas sobre la falta de medicamentos, las

cuales escuchamos con frecuencia durante las entrevistas, no sólo en la delegación Iztacalco.

Otro de los avances claves de la tercera semana de trabajo de campo, fue el acercamiento a los profesionales de la salud. En las entrevistas realizadas a 7 profesionales: 4 médicos, una enfermera, un psicólogo y un encargado del archivo, también fue recurrente la referencia a casos de violencia hacia las personas adultas mayores. No obstante, a la hora de indagar con más detalle sobre dichos casos o sobre la atención brindada, la información recibida fue escasa. Al preguntarles a los profesionales sobre los casos de violencia hacia las personas adultas mayores que son remitidos a otras instancias, reconocieron que la cifra es baja:

...yo nada más por ejemplo en este año, en este año ya estamos en octubre, pues si mandamos a hacer visitas fue a tres, nada más, o sea fue muy poco, porque no consideramos que haya necesidad de que vayan a hacer la visita porque a veces son problemas leves, que pudieran resolverse...<sup>13</sup>

Aunque este médico reconocía que no son muchos los casos que son evaluados o atendidos por otras instancias del centro de salud, en el transcurso del trabajo de campo encontramos situaciones aún más críticas, en las cuales este procedimiento no se ha realizado durante años. Los profesionales dijeron estar incapacitados para intervenir más en estas situaciones; de esta manera, uno de los interrogantes surgidos de estos acercamientos fue la naturaleza de esta incapacidad, es decir, si esta proviene de restricciones impuestas por la propia institución o de aspectos particulares de la práctica de cada profesional. Por esta razón, en el trabajo de campo posterior indagamos de manera más insistente sobre las causas por las cuales el número de casos de violencia atendidos parecía tan inferior a la realidad que observábamos, tanto en los domicilios como en el centro de salud.

Otro aspecto que surgió de las entrevistas a los profesionales fue la discrepancia en los procedimientos a seguir y la responsabilización de otras instancias en la atención

---

<sup>13</sup> Entrevista L-PS-04-23-10-14.

de las personas adultas mayores que sufren violencia familiar; de acuerdo con el psicólogo del centro de salud, ellos

...Primero pasan con el médico, no entiendo yo por qué y luego los refieren conmigo dependiendo como vengan, pero también tengo entendido que ellos también tienen la obligación de hacer todo este papeleo, es decir, si llegan conmigo yo tengo la obligación de seguir las normas oficiales, pero si llegan conmigo, pero si llegan con el médico él se tiene que hacer responsable porque es su paciente, no yo, en ocasiones si me los han pasado y yo lo hago...

Entrevistadora: ¿Para usted qué personal de salud de este centro debería atender todos estos casos de violencia?

P: Yo creo que todos, aquí no hay excepciones, incluso desde el archivo, trabajo social, medicina, psicología, el que sea.

E: A ver, ¿el de archivo en qué sentido?

P: Desde el momento en que llegan, porque al primer lugar en donde llegan es archivo, a lo mejor le piden una cita porque le dicen que se pegó en la puerta y desde ahí yo asumo el primer filtro, probable violencia, no sé, podría ser o por lesión en el ojo. Y que el médico asuma su responsabilidad, no hay que esperar hasta que lleguen a mi sino asumir la responsabilidad, es decir, si llegan primero conmigo yo lo atiendo y ya después lo refiero al médico para que le curen su ojo. Si todos trabajamos en una institución de salud todos debemos de estar informados, debemos tener los conocimientos para cualquier problema.<sup>14</sup>

Así, pese a la recurrencia de referencias a la violencia, nos encontramos con conocimientos o posturas divergentes sobre su atención entre los profesionales entrevistados: otros profesionales deben atenderlos, no es posible intervenir en esta problemática o las propias personas adultas mayores se niegan a ser ayudados. Incluso, para una médica, sí existen respuestas interdisciplinarias, así como un procedimiento establecido y utilizado por los profesionales del centro de salud.

En la tercera semana de trabajo de campo, realizamos un conversatorio con los adultos mayores que se reúnen bajo la dirección de una trabajadora social del centro de salud. Este espacio había sido referido en la reunión inicial de planeación del trabajo de campo, por lo cual establecimos contacto con esta profesional y le pedimos que nos permitiera visitarlo. El grupo asiste todos los miércoles al centro de salud para hacer ejercicios y platicar temas de interés para las personas adultas mayores. El día del encuentro acudieron cerca de 20 personas adultas mayores, sólo dos de ellos hombres, con quienes permanecemos reunidos durante una hora y cuarenta minutos.

---

<sup>14</sup> Entrevista L-PS-02-23-10-14.

La actividad realizada consistió en una presentación breve sobre los objetivos del proyecto de investigación, luego de la cual se propuso varias preguntas y se pidió a los asistentes que expresaran sus opiniones. Los interrogantes planteados provenían de la guía de preguntas para adultos mayores, en particular de la sección sobre las percepciones acerca de la vejez y la violencia (véase anexo 2). A partir de estas preguntas, se promovió la participación de los asistentes, quienes expresaron sus opiniones pero empezaron a retirarse después de una hora de estar reunidos. La dinámica resultó interesante para darnos a conocer y para reiterar algunas ideas que ya habíamos escuchado durante las entrevistas (por ejemplo, las percepciones sobre la vejez, sus ventajas y desventajas y lo que las personas adultas mayores conciben como violento en su contra); sin embargo, al abordar el tema de la violencia, la participación disminuyó y los asistentes negaron conocer o vivir estas situaciones en sus hogares. A pesar de que no hubo referencias a casos concretos de violencia, el silencio sobre el tema fue, en sí mismo, un dato relevante.

#### **II.3.1.4 Semana 4: 27 al 31 de octubre de 2014**

Durante los últimos días de trabajo de campo en la delegación Iztacalco, trabajamos de manera exclusiva realizando entrevistas en el centro de salud. La mayor parte de ellas fueron llevadas a cabo con personas adultas mayores asistentes al centro de salud, quienes fueron remitidos por los profesionales que los atendieron, a quienes ya conocíamos. En estas entrevistas, pudimos reiterar la frecuencia de la violencia que sufren las personas adultas mayores. A pesar de que los testimonios sobre esta situación parecían haber sido más profundos en las visitas a los domicilios, debido en parte a la posibilidad de observar el entorno, los entrevistados en el centro de salud también empezaron a relatarnos situaciones de abandono y violencia de distintos tipos.

Asimismo, durante la cuarta semana profundizamos el trabajo realizado con los adultos mayores del grupo que se reúne los días miércoles. A pesar de los silencios de los asistentes en torno al tema de la violencia, decidimos retomar esta actividad,

debido a la colaboración de la trabajadora social a cargo del grupo, quien apartó esta fecha para que pudiéramos estar con el grupo. En esta segunda reunión, en la cual participaron unas 15 personas adultas mayores, recapitulamos los puntos abordados la semana anterior, retomamos las causas de la violencia e indagamos sobre las instancias a las cuales acudirían los asistentes ante una situación de violencia en su contra, lo cual derivó en una reflexión sobre la importancia de vivir una vejez activa. La actividad se convirtió en una conversación entre los miembros del equipo y las personas adultas mayores, quienes también asumieron un rol activo al interrogarnos sobre nuestras opiniones acerca del tema.

Una de las intenciones al acercarnos al grupo era darnos a conocer y concertar algunas entrevistas con voluntarios para participar en el estudio. Sin embargo, los asistentes a este espacio no se mostraron dispuestos a ser entrevistados pues, según argumentaron, no contaban con el tiempo suficiente para hacerlo. Una excepción fue una adulta mayor, quien se acercó a nosotros después de la actividad, y se mostró muy interesada en responder nuestra entrevista. Su deseo de platicar con algún miembro del equipo tenía que ver con su problemática doméstica, pues enfrenta un conflicto con sus hijos, quienes residen en la misma vivienda, pero no aportan dinero para los servicios e impuestos de ésta. El pleito surgió debido a que el esposo de la entrevistada, al morir, heredó su parte del inmueble, correspondiente al 50%, a solo uno de los catorce hijos de la pareja. A lo largo del tiempo, hijos y nietos han llegado a vivir a la casa y se han quedado allí, debido a lo cual la adulta mayor ha dejado de recibir ingresos propios por concepto de rentas. La adulta mayor acudió con las entrevistadoras, debido a que pensó que podríamos brindar una asesoría legal sobre su situación, lo cual nos mostró la necesidad de crear este tipo de espacios para resolver cuestiones relacionadas con la sucesión.

Una de las adultas mayores entrevistadas en el centro de salud, nos dio una pista para comprender la dificultad de hablar del tema de la violencia en público. Para ella, un factor clave en la prevención y tratamiento de la violencia es la atención psicológica, en la cual la persona afectada pueda desahogarse de manera privada ya que, en su



opinión, “luego en grupo comienzan los rumores por toda la gente que se conoce uno”.<sup>15</sup> La entrevistada nos daba un indicio para entender el silencio sobre los casos de violencia en el conversatorio con el grupo de personas adultas mayores. Es probable que ellos se mostraran renuentes a abordar este tema en frente de otras personas para evitar chismes, comentarios o intromisiones por parte de terceras personas. La situación parecía ser un poco distinta con los profesionales de la salud facultados para escuchar sus problemáticas y contribuir en la búsqueda de alternativas.

El último día de trabajo de campo en el centro de salud, entrevistamos al director del centro, la entrevista duró aproximadamente 4 horas, debido en parte a la gran disposición e interés que tenía en el tema y en la investigación, y por otro lado, a las frecuentes interrupciones por parte del personal del centro. Esta entrevista además de aportar información relevante para el trabajo de investigación, permitió ver el conocimiento que el director tiene sobre la forma que opera el centro, el sistema de salud y su relación con el tema de la violencia en general y de la violencia hacia las personas adultas mayores en particular. El director expuso varios casos de violencia hacia niños y personas adultas mayores que no habían sido atendidos por los profesionales de la salud y dio a conocer los factores que desde su punto de vista inciden para que un profesional de la salud no atienda los casos de violencia hacia la población adulta mayor. Refirió que no era un problema que tiene que ver con el tiempo, es decir, el tiempo que dura la consulta y por ende el número de pacientes que debe atender un médico por día, sino más bien es un problema de estereotipos negativos y prejuicios que tienen los profesionales de la salud hacia las personas adultas mayores, los cuales ocasionan que no vean los casos de violencia. Por otro lado, habló de los procedimientos, los formatos, las normas oficiales y las leyes relacionadas con el tema y el escaso conocimiento y manejo de las mismas por parte de los profesionales de la salud.

---

<sup>15</sup> Entrevista L-AM-08-27-10-14.

Las primeras semanas de trabajo de campo esbozaron varios temas que se reiterarían a lo largo de esta experiencia: la recurrencia de la violencia en el pasado y el presente de las personas adultas mayores entrevistados, la divergencia entre los profesionales sobre los conocimientos en cuanto a la atención de esta problemática y el bajo número de casos de violencia remitidos a instancias como psicología, trabajo social, la dirección del centro de salud, la jurisdicción o el Ministerio Público. Con estas cuestiones en mente, finalizamos el trabajo de campo en la delegación Iztacalco.

### **II.3.2 Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa, Centro de Salud T-III Dr. Guillermo Román y Carrillo**

La Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa está conformada por tres hospitales y veintitrés centros de salud, de los cuales once son T-I, siete son T-II y cinco son T-III. En el 2014 tenía una población de 1,806,218 habitantes, de los cuales 51.6% eran mujeres y el 7.02% del total de la población tenía 60 años y más (CONAPO, 2014).

El Centro de Salud T-III Dr. Guillermo Román y Carrillo se encuentra dentro del área territorial de la delegación política de Iztapalapa y está ubicado en la Avenida Zacatlán número 146, colonia Lomas de San Lorenzo, C.P. 09780, Distrito Federal, a un costado del Panteón Civil de Tezonco, en una zona que, hasta hace unas tres décadas, hizo parte del pueblo del mismo nombre. Al centro es posible acceder por medio de los camiones RTP que, en la actualidad, cubren la ruta de la línea 12 del Metro, la cual se encuentra fuera de servicio. Desde la estación Tezonco, ubicada sobre la Avenida Tláhuac, el acceso al centro de salud puede realizarse mediante una caminata de entre 10 a 15 minutos por la Avenida Zacatlán. Otra forma de acceso a esta zona es la línea 8 del metro hasta su terminal, Constitución de 1917, desde donde es posible tomar un transporte que pasa por el frente del centro de salud luego de un trayecto de aproximadamente de media hora.

Este centro brinda servicios de consulta médica general, odontología, psicología, laboratorio, rayos X, trabajo social, vacunación, nutrición, inmunizaciones, curaciones, hidratación oral, nutrición, consulta psiquiátrica y medicina preventiva (mastografía,

atención al niño sano, control prenatal, etc.). El centro cuenta con 15 consultorios pero debido a los trabajos de remodelación que se están realizando, sólo funcionan 12. Todos estos se utilizan para atención médica. Aparte de esto, psicología tiene un consultorio (este está ubicado en el edificio del costado norte del centro de salud). Además, hay tres cubículos para trabajo social y uno para nutrición. Asimismo, el centro cuenta con un área para inmunizaciones y otra para curaciones. En cuanto al personal de salud, el centro cuenta con: 19 médicos, 3 psicólogos, un psiquiatra, 1 nutrióloga, dos ginecólogas, una técnica radióloga y 6 trabajadoras sociales y aproximadamente 40 enfermeras. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:30 am a 10 pm y sábados y domingos de 8:00 am a 7:30 pm. En este centro de salud, el Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable cuenta con un médico y una enfermera que atienden de lunes a viernes y una psicóloga y un trabajador social de la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa que las acompañan una vez a la semana. Atienden sesenta y un personas que, para el mes de octubre de 2014, se encontraban en el “Censo Nominal Pacientes, Atención Domiciliaria 2014”.

El trabajo de campo en el Centro de Salud T-III Dr. Guillermo Román y Carrillo se llevó a cabo del 3 al 21 de noviembre de 2014.

### **II.3.2.1 Semana 5: 3 al 7 de noviembre de 2014**

Así como en la delegación anterior, el primer día de visitas al centro de salud Dr. Guillermo Román y Carrillo, de la delegación Iztapalapa, nos reunimos con la responsable Estatal de Geriatría de los Servicios de Salud de la SSDF, quien nos llevó al centro de salud. Al llegar, notamos un contraste con el centro de salud antes visitado dado que el Guillermo Román y Carrillo, es de mayor tamaño y se encontraba en remodelación. Accedimos por un estacionamiento y nos dirigimos al edificio central, donde se reúnen la mayor parte de servicios de salud, las salas de espera, el archivo y la farmacia. Al costado izquierdo de este edificio, se realizaba una obra de ampliación y, en el extremo, observamos otro edificio más chico, en el cual brindan sus consultas los profesionales de psicología y psiquiatría.

El primer inconveniente con el que nos encontramos es que a diferencia de lo ocurrido en el centro de salud anterior, la Jurisdicción Sanitaria ni tampoco la dirección del centro habían planeado una reunión para presentarnos a los profesionales que colaborarían en el estudio. En este sentido, para iniciar el trabajo de campo, nos acercamos al gestor de calidad. Con la cooperación del gestor, acudimos a la oficina de la directora del centro, quien se encontraba de vacaciones, y nos reunimos con las profesionales del programa de ADPV, la médica y la enfermera. Al iniciar la reunión, la médica manifestó haber sido informada sobre el estudio que realizaríamos, pero insistió en no haber recibido un oficio que autorizara la realización del trabajo de campo.

En esta reunión no concertamos un cronograma tan exhaustivo como en el primer centro visitado, en el cual el director del centro de salud asumió un papel activo en la planeación del trabajo de campo. De todas maneras, acordamos con las profesionales del programa de ADPV realizar visitas a los domicilios durante cuatro días de la primera semana, a excepción del día miércoles, que es cuando se reúne un grupo de personas adultas mayores en las instalaciones del centro de salud. Durante la reunión, las profesionales del programa de ADPV nos explicaron la dinámica de su equipo de trabajo: en algunos casos, la médica y su enfermera acuden a los domicilios acompañadas de un trabajador social y de una psicóloga que hacen parte de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa. Es decir, ninguno de los dos profesionales está adscrito al centro de salud Dr. Guillermo Román y Carrillo, pero asisten dos días a la semana (el trabajador social los martes y la psicóloga los miércoles) para atender los casos más críticos. A su vez, la médica del programa no asiste al centro de salud los días viernes ya que tiene permiso para hacer una maestría, por lo tanto las visitas realizadas este día son atendidas sólo por la enfermera.

La primera semana en el centro de salud Dr. Guillermo Román y Carrillo ocasionó un giro en el trabajo de campo, debido a que surgieron nuevos problemas, tales como riesgos de seguridad, mayor dificultad para el acceso a las viviendas por las largas

distancias, desconocimiento de las situaciones familiares por parte de las profesionales y renuencia de las personas adultas mayores y cuidadores a participar en el estudio. El segundo día de trabajo de campo nos enfrentamos a uno de los casos más graves de violencia observados durante todo el estudio, como lo fue el de la una adulta mayor, a quien no pudimos entrevistar a profundidad debido a la presencia ininterrumpida de su hijo y cuidador. Hallamos a la adulta mayor en una cocina al fondo de la vivienda; allí, ella duerme en un pequeño sillón. El espacio se encontraba sucio, oscuro y húmedo y, al momento de la visita, ella no estaba recibiendo los medicamentos que necesitaba para lidiar con el Parkinson y con una candidiasis bucal. La médica y la enfermera del programa de ADPV le llamaron la atención al cuidador, aunque comentaron que desde la visita anterior las condiciones de la adulta mayor habían mejorado. El día de la visita nos acompañaba la psicóloga de la jurisdicción, quien recomendó al cuidador tomar algunas sesiones con ella. No obstante, no observamos ninguna otra intervención en la situación (por ejemplo, hablar en privado con el cuidador o brindarle una consulta psicológica *in situ* e inmediata). Para el cuidador, tampoco fue clara la información sobre el procedimiento que debía seguir para obtener esta atención psicológica. En la conversación previa a la entrevista, la adulta mayor señaló que su hijo la ha amenazado y que se encuentra mal de los nervios porque él grita y pelea con ella, aunque no quiso hablar en detalle sobre su relación con él. Por su parte, el cuidador no aceptó ser entrevistado y se justificó diciendo que no podía brindar más cuidados a su mamá, y que tampoco estaba dispuesto a suplir los parches para el Parkinson que ella requiere, porque son caros y tienen efectos secundarios. Durante toda la conversación, el cuidador permaneció en el cuarto contiguo y al finalizar, entró a la cocina donde platicábamos con la adulta mayor y se paró detrás de la entrevistadora, para que su mamá notara su presencia. Según nos contó la enfermera, esta paciente había sido visitada tres veces, pues era de reciente ingreso al programa de ADPV. Según ella, sí existía una mejoría en las condiciones de vida de la adulta mayor, las cuales se evidenciaban en que el cuarto estaba más limpio y con menos objetos acumulados. No obstante, en el momento de la visita, la situación de la adulta mayor continuaba siendo crítica.

El caso nos generó un gran impacto por las evidentes condiciones de violencia y abandono que sufre la adulta mayor, así como interrogantes sobre la acción oportuna de los profesionales ante situaciones de violencia y preocupaciones por nuestra seguridad en las viviendas, ya que el cuidador asumió una actitud intimidante durante la visita. En la delegación Iztacalco, el médico del programa de ADPV tenía un gran conocimiento de las familias y de los domicilios a los cuales acudimos y nos explicó que nos llevaría a viviendas en las cuales sabía que no tendríamos riesgos de seguridad. No obstante, las primeras visitas a campo en Iztapalapa nos sugirieron que las profesionales de esta delegación no conocían de forma tan profunda a los pacientes, lo cual se reflejó en una sensación de intranquilidad por parte de las entrevistadoras. Sumado a ello, las zonas visitadas tienen problemáticas de seguridad y en ellas es común encontrar habitantes de la calle o personas bajo el efecto de alcohol y drogas. Debido a esta preocupación, los miembros del equipo de trabajo de campo desarrollamos un esquema de seguridad, el cual consistía en la comunicación constante mediante llamadas o mensajes de texto breves a nuestros teléfonos celulares. Las llamadas eran realizadas en cuanto se terminara la entrevista y la observación en la vivienda, o tuviera algún contratiempo. A pesar de las precauciones, el trabajo en los domicilios transcurrió sin inconvenientes mayores.

Sin embargo, a medida que transcurría nuestra experiencia de terreno, las preguntas sobre la intervención de los profesionales en los casos de violencia se hacían más apremiantes. Otro caso que nos generó inquietudes sobre la atención oportuna a la violencia fue el de un adulto mayor que lloraba de forma recurrente. Su situación nos pareció impactante; sin embargo, la enfermera, quien nos llevó al domicilio, no indagó la razón de este comportamiento. El adulto mayor tiene secuelas de un EVC y se encuentra en silla de ruedas debido a una parálisis. Él convive con su compañera de hecho y los hijos de ella. Según la enfermera, él es considerado y tratado como el padre de la familia. No obstante, las entrevistas realizadas allí mostraron un panorama por completo distinto, lo cual nos generó preguntas acerca del conocimiento real de este equipo de profesionales sobre los pacientes que atiende.

Entrevistadora: ¿Usted siente que su papel en la familia ha cambiado?

Adulto mayor: Si, cambia, si, ya no lo ven a uno como antes, como, con cualquier cosita se enojan, me dan ganas de ahorcarme mejor para, ya quitar de que estén sufriendo ellos y yo también...

E: ¿Y qué pasa cuando se enojan, qué le dicen?

AM: Pues que ya me vaya mejor (baja la voz), que me vaya con mis parientes, vuelvo a caminar y verás como sí me voy, pa poder caminar siquiera, sí porque si no...Digo, quería morir junto a ustedes pero mejor no, me voy mejor... (Llora)...

Más adelante, el adulto mayor contó que:

Los de ahí arriba [los hijos de su esposa] quieren que camine ya, digo, es que no puedo... (Llora), no tiene fuerza, como que se me zafa esta, camino mucho ahí en el tinaco y luego ya me duele, voy a tratar de darle 12 vueltas alrededor pero luego duele el hueso este, quién sabe si ya lo tenga zafado, por eso no me quiero parar solo a caminar, se me dobla y si me pego en el piso con el hueso a lo mejor se puede romper como ella, por eso necesito que me agarre alguien para que se vaya amacizando un poco.<sup>16</sup>

El adulto mayor relató esta situación en una entrevista que duró un poco más de una hora, con un poco más de observación y de indagación, era posible encontrar situaciones de riesgo para él. Durante la primera semana de campo en Iztapalapa, nos estábamos enfrentando a casos muy complejos de violencia y abandono. Como lo habíamos percibido antes, la violencia familiar era una situación frecuente en los hogares visitados y había sido una constante en las historias de vida de los entrevistados.

A diferencia de Iztacalco, la médica del programa de ADPV de este centro de salud no contaba con un vehículo propio para transportarse, por lo cual los desplazamientos fueron realizados a pie, en combis o en taxis. Las entrevistas realizadas durante esta primera semana tuvieron lugar en las colonias Tezonco, Consejo Agrarista Mexicano y López Portillo. Mientras que la primera era de fácil acceso a pie desde el centro de salud, las dos últimas se encontraban a una distancia de entre media hora y cuarenta minutos, aproximadamente. Esta situación hizo que la llegada a los hogares fuera mucho más tardada pues, sumado a ello, la zona atendida por el programa es mucho más extensa que la del centro de salud visitado en la delegación Iztacalco.

---

<sup>16</sup> Entrevista L-AM-18-07-11-14.

Una dificultad adicional fue la renuencia de varias personas adultas mayores y cuidadores visitados a participar en el estudio. Con algunos de los entrevistados debimos llevar a cabo una explicación más profunda de nuestros objetivos y reiterar nuestro compromiso con el manejo responsable de la información, para que, después de un preámbulo de media hora o más, aceptaran ser grabados y responder nuestras preguntas. En otros casos, los miembros del equipo debimos retirarnos de los domicilios a los cuales nos habían llevado las profesionales del programa de ADPV, porque las personas adultas mayores o sus cuidadores no aceptaron ser entrevistados. En comparación con el centro Manuel Pesqueira de Iztacalco, los pacientes y sus familiares parecían tener una relación menos estrecha con la institución de salud y con las profesionales del programa de ADPV. Nuestra hipótesis al respecto fue la falta de confianza de los pacientes en este programa y en el personal que los atiende en sus domicilios, debido a que sus visitas son poco frecuentes, no planeadas y las profesionales, en especial la médica, muestra poco interés por el trabajo que realiza.

Otra actividad realizada durante la primera semana de campo, fue la asistencia al grupo de apoyo para personas adultas mayores con enfermedades crónicas, que se reúne los miércoles en el centro de salud, en la sala de espera de análisis. Después de la dura experiencia de los dos primeros días de visitas a domicilios, permanecemos en el centro de salud y platicamos con cuatro de las personas adultas mayores que asisten al grupo, que en esta ocasión contaba con unos 20 asistentes. La actividad había sido concertada el día anterior con la médica encargada del programa de enfermos crónicos, quien también coordinaba este espacio. La médica accedió a presentarnos ante los asistentes para que aceptaran participar en el estudio y la estrategia resultó exitosa. Al parecer, las personas adultas mayores aprecian mucho a la médica y tienen una buena relación con ella, razón por la cual su sugerencia de ofrecerse como voluntarias fue acogida con mucho interés. De esta forma, logramos superar de manera temporal una de las barreras encontradas en el trabajo previo, como lo fue la dificultad para hallar personas adultas mayores que aceptaran ser entrevistados en el centro de salud. El personal también contribuyó en la búsqueda de



espacios privados para platicar con los voluntarios, lo cual facilitó el trabajo. Dichas entrevistas fueron llevadas a cabo en el cubículo del programa de ADPV mientras las profesionales se encontraban en visitas domiciliarias, así como en uno de los espacios de toma de muestras.

El viernes 7 de noviembre tuvimos la oportunidad de entrevistar a la enfermera del programa de ADPV. A pesar de que en los domicilios habíamos constatado la existencia de casos graves de violencia hacia las personas adultas mayores, sospechábamos que las profesionales del programa no estaban interviniendo con rapidez ante estas situaciones. Al preguntarle a la enfermera sobre los obstáculos que, en su opinión, presentaba la atención a los casos de violencia, nos respondió:

El ignorar qué podemos hacer como personal de salud, nada más sabemos que tenemos que asentar las cosas en el expediente clínico, de como vemos al paciente, pero de ahí, nosotros los sensibilizamos, llevamos a la psicóloga, a la trabajadora social para darles apoyo, pero de ahí nos quedamos sin nada.

Entrevistadora: O sea, ¿no hay un procedimiento para el programa, para atender casos de violencia?

Enfermera: No, no hay procedimiento, nos quedamos en la, hasta aquí llegamos y ya no hay....

Entrevistadora: Yo sé que hay un programa de atención a la violencia intrafamiliar, que opera desde la Secretaria de Salud del Distrito Federal y que sacaron unos materiales, que tiene una escala de tamizaje de violencia, ¿ustedes no manejan eso?

Enfermera: Pues lo podemos manejar si lo vemos, pero en sí, no... Vamos, ¿a dónde lo vamos a llevar? ¿Con quién lo vamos a llevar?...

Entrevistadora: Hay un formato de lesiones y caídas, ¿ese tampoco lo han llenado?

Enfermera: No, porque no hemos tenido la oportunidad, sí lo podemos manejar, pero hasta ahora no lo hemos tenido.

Entrevistadora: En el expediente dices tú que lo máximo es reportar, colocar todo en el expediente, ¿han colocado situaciones así, de abandono, de negligencia?

Enfermera: Ajá, con doña Alicia le hemos puesto que se encuentra en mal aliño, que el cuarto está en malas condiciones, que no está en una cama decente, pareciera chismógrafo, pero preferimos ponerlo así, al cuestionar al familiar vemos que no cumple con el tratamiento que se le indico o que no acudió a la consulta, porque refiere esto, cositas así de chismografía, es lo que ponemos en el expediente, no es tanto chismografía, pero es un respaldo para nosotros, porque como te digo, finalmente nosotros al entrar al domicilio es algo... Ahí, es un mundo... es un compromiso muy grande, entonces hay que ponerlo, todo lo que observamos y lo que nos llega a decir.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Entrevista L-PS-07-07-11-14.

De esta manera, pudimos constatar que incluso para los profesionales del programa de ADPV, la capacitación sobre el tema de la violencia y sobre los canales institucionales a seguir para tratar estos casos es nula.

Para el equipo de trabajo de campo, esta semana fue una dura prueba en términos profesionales y personales, ya que generó importantes retos en cuanto al acceso a los entrevistados, la recurrencia de la violencia y el abandono y nos mostró lo que considerábamos como una intervención muy limitada por parte del sistema de salud ante esta problemática. Desde los primeros días de trabajo de campo en esta delegación, nos enfrentamos a realidades muy fuertes y a una respuesta institucional que, a nuestro parecer, resultaba poco oportuna ante la gravedad de los casos observados. Tal situación nos generó sentimientos de frustración, rabia, tristeza, impotencia y molestia, los cuales registramos en los diarios y notas de campo.

#### **II.3.2.2 Semana 6: 10 al 14 de noviembre de 2014**

Durante la segunda semana de trabajo de campo en la delegación Iztapalapa, realizamos 5 visitas a viviendas de personas adultas mayores atendidas por el programa de ADPV ubicadas en los sectores de Cerro de la Estrella, El Molino y Lomas de San Lorenzo Tezonco. Al dirigirnos a las visitas domiciliarias, con base en las conversaciones previas que teníamos con las profesionales del programa, comprobábamos cada vez más que su conocimiento sobre la situación familiar de cada paciente no era tan exhaustivo como ocurrió con el profesional del programa en Iztacalco. Nuestra hipótesis al respecto fue que la médica carecía de dicho conocimiento por llevar menos de un año en el programa y que, por tanto, su relación con los pacientes y sus familias era distante. A diferencia de la delegación anterior, con las profesionales de este centro de salud fueron escasas las conversaciones sobre antecedentes médicos, historias familiares o anécdotas ocurridas en los domicilios. En Iztapalapa, durante los trayectos que recorríamos para llegar a cada una de las viviendas, en escasas ocasiones hablamos sobre los pacientes que conoceríamos y varias veces fuimos las entrevistadoras quienes iniciamos dichas

pláticas, debido a que no teníamos ninguna información sobre los lugares a los cuales acudiríamos. Las conversaciones que sosteníamos tuvieron que ver, a menudo, con nuestra investigación, con los temas abordados en las entrevistas o con cuestiones personales. Nos llamó la atención el interés y la insistencia de las profesionales en aspectos formales de nuestro estudio. Carecer de información previa a las visitas nos generó una mayor incertidumbre sobre las realidades a las cuales nos enfrentaríamos y temores relacionados con la seguridad personal. De igual manera, nos restó un punto de vista importante sobre la situación de los pacientes atendidos.

La hipótesis que teníamos sobre la poca confianza en el programa de ADPV se reiteró en las entrevistas realizadas en las viviendas. Los reclamos sobre la tardanza en las visitas domiciliarias por parte del personal de salud fueron frecuentes e incluso, en uno de los casos, las entrevistadas señalaron que la adulta mayor ya no quería recibir más el servicio:

Entrevistadora: Usted me estaba contando que se van a dar de baja del centro de salud.

Cuidadora: Si, pues es que le digo a mi mamá, no tiene caso que ya, ahorita van a venir a los 3 meses, cuando se muere, si se muere pues ya...

Adulta mayor: A Eugenia cuando fueron a pedir la solicitud que la fueran a ver, le dijeron vamos a ir tal día, ya cuando vino ya la habían enterrado.

Cuidadora: Yo lo que quisiera es que vinieran cada mes a checarlos, ya que no hubiera medicinas pero que vinieran siquiera cada mes a checarles su presión, su glucosa.<sup>18</sup>

Otra de las cuidadoras entrevistadas en visitas domiciliarias, se quejó de que las profesionales no ordenen su agenda por medio de citas, pues ello hace que nunca tengan certeza sobre sus visitas. Ella nos contó que había buscado a la médica en el centro de salud por una herida que tuvo su mamá en la pierna, pero no la encontró, ni tampoco había recibido una visita del personal del centro de salud desde entonces.<sup>19</sup> Así, durante las entrevistas y conversaciones previas o posteriores, empezamos a notar cierto descontento con el servicio del programa de ADPV. Debido a la experiencia al movilizarnos por la delegación, una posible explicación a esta situación fue la gran extensión de la zona atendida por el centro de salud. Sin embargo, otra

---

<sup>18</sup> Entrevista L-FC-10-10-11-14.

<sup>19</sup> Entrevista D-FC-11-12-11-14.

hipótesis que empezamos a considerar fue que el impacto del programa está estrechamente relacionado con las cualidades personales y el compromiso de los profesionales que lo llevan a cabo. Nos preguntábamos si el equipo de atención domiciliaria realmente estaba visitando a todos los pacientes del censo sin importar su zona y sus condiciones de vida, pero no teníamos elementos para responder a esta inquietud de manera acertada.

En una ocasión, de camino a un domicilio la enfermera señaló que “eran de los pacientes más pulgosos que tenían”, situación que nos generó enojo e indignación, además previamente, vimos como la médica trataba a sus pacientes. La situación era complicada, pues la sensación de molestia y frustración que sentíamos al conocer la difícil realidad de la zona, se estaba trasladando hacia las profesionales y su labor. De todas maneras, continuamos con nuestras actividades de manera normal y registramos estas impresiones en la sección destinada para ello en los diarios de campo.

El abandono, la violencia y los conflictos familiares fueron una constante en los domicilios visitados excepto uno, ubicado en la zona del Cerro de la Estrella (colonia Benito Juárez), en el cual nos llamó la atención el cuidado especial que la hija y cuidadora brinda a una adulta mayor de 100 años. Las condiciones socioeconómicas de la familia también parecían un poco distintas a las de la mayor parte de los hogares visitados. La vivienda, que fue remodelada algunos años atrás, se encontraba en muy buen estado y en condiciones de higiene óptimas.

No obstante, la situación de la adulta mayor fue la excepción, ya que fue mucho más común encontrar relatos y evidencias de abandono y violencia hacia las personas adultas mayores. Otro caso preocupante fue el de un adulto mayor y su esposa, los dos son cuidados por la esposa de uno de sus hijos, ya que ningún otro pariente ha asumido su atención. El adulto mayor tiene diabetes, hipertensión e insuficiencia renal y su esposa tiene una prótesis en uno de sus brazos y ha sufrido recientemente de

convulsiones. Sin embargo, los hijos de la pareja no se están haciendo cargo del cuidado de los padres y tienen fuertes conflictos con la cuidadora.

Durante dos días de esta semana permanecemos en el centro de salud, entrevistando en su mayoría a personas adultas mayores que acuden a reuniones con una de las trabajadoras sociales y con la médica encargada del programa de crónicos. Con la trabajadora social tuvimos un acercamiento previo para contarle sobre el estudio y así, cuando acudimos a su reunión, que se realiza los martes en la mañana, ella nos presentó ante el grupo y solicitó su colaboración. La reunión tuvo lugar el día 11 de noviembre, en una sala de la Dirección Territorial de Tezonco, ubicada a unos 10 minutos a pie del centro de salud. El encuentro se realizó allí, debido a la remodelación que se adelanta en el centro, la cual dificulta la consecución de espacios. Este día, el grupo sumó aproximadamente 10 personas, dos de las cuales se ofrecieron como voluntarias para participar en el estudio. Debido a que no contábamos con un lugar privado, las entrevistas se realizaron en el mismo espacio, una gran sala para eventos que por su tamaño, permitió platicar en los extremos mientras la trabajadora social llevaba a cabo su reunión con las demás personas adultas mayores. En las entrevistas realizadas a miembros de este grupo, nos percatamos de que sus percepciones sobre la vejez eran más positivas y que se caracterizaban por ser adultos relativamente activos y autónomos. Una de las entrevistadas en esta actividad opinó que:

Para mí no se me hace que somos viejos, sino que vamos reduciendo nuestros años, pero yo a lo menos no me siento vieja como dicen, como mis nietos me dicen, ay abuelita, ya estás bien arrugadita y les digo sí hijos, pero soy más activa que ustedes, le digo, porque tú no quieres hacer ejercicio y ahí les digo, porque yo a mis años pues soy más activa que ustedes, por eso no tomo nada a pecho, yo me siento joven.<sup>20</sup>

La perspectiva de las personas adultas mayores que acuden a los grupos de apoyo nos resultó muy enriquecedora, pues contrastaba con las experiencias que habíamos tenido en los domicilios visitados. Aun cuando ellos se refirieran a problemáticas como enfermedades, conflictos familiares o pérdidas de seres queridos, destacaban aspectos positivos del envejecimiento.

---

<sup>20</sup> Entrevista L-AM-21-11-11-14.

En cuanto a las entrevistas en el centro de salud, entrevistamos a pacientes que van a consulta médica y que no asisten a estas reuniones, eso nos permitió tener otro punto de vista. Allí, nos valimos de la misma estrategia utilizada en el centro de salud Manuel Pesqueira: solicitar la cooperación de los médicos de atención a pacientes crónicos, o quienes recibieran más personas adultas mayores, para que fueran ellos quienes nos presentaran ante los posibles participantes y les solicitaran su contribución con nuestro estudio, con el fin de mejorar los servicios de salud.

### **II.3.2.3 Semana 7: 18 al 21 de noviembre de 2014**

Durante la última semana de trabajo de campo en la delegación Iztapalapa, nos enfocamos en entrevistar a los profesionales de la salud y en conocer otros puntos de vista de pacientes adultos mayores y cuidadores que asisten al centro de salud, pero que no están vinculados a los grupos de apoyo dirigidos a este sector. Después de haber conocido diversas manifestaciones de la violencia hacia las personas adultas mayores y de evidenciar el desconocimiento sobre la intervención en esta problemática, teníamos muchas preguntas acerca del proceso de atención a los casos observados.

Con la colaboración del gestor de calidad del centro de salud, concertamos citas con dos de los médicos que más reciben a adultos mayores. Asimismo, acordamos entrevistar a la encargada de la atención a enfermos crónicos. De igual manera, realizamos otros acercamientos con una de las trabajadoras sociales y una de las psicólogas. En esta etapa del trabajo de campo, nos resultaba apremiante platicar con los profesionales, para que nos aportaran indicios sobre las causas por las cuales no percibíamos una intervención oportuna en los casos más críticos de violencia y abandono hacia los pacientes adultos mayores.

Como lo hemos señalado antes, en el centro de salud Dr. Guillermo Román y Carrillo, las profesionales del programa de ADPV cuentan con el apoyo de una psicóloga y un trabajador social de la jurisdicción, quienes las acompañan los días martes y miércoles, respectivamente. Dado que habíamos encontrado numerosos casos de

violencia y no comprendíamos de qué manera eran tratados, decidimos platicar con estos profesionales. Además de seguir la guía de preguntas, en estas entrevistas incluimos otros puntos que nos permitieran entender mejor la atención (o la falta de esta) a las situaciones de violencia. Por ello, seleccionamos previamente los casos más críticos que habíamos visto durante el trabajo de campo en esta delegación y les preguntamos si tenían conocimiento sobre ellos, o si los habían atendido. También, les pedimos que nos dieran cifras aproximadas sobre los casos en los cuales han intervenido o que han derivado a otras instancias por su gravedad. Asimismo, decidimos preguntar de manera directa a los entrevistados cómo explicaban la divergencia entre la gran cantidad de casos de violencia hacia las personas adultas mayores y los pocos que eran reportados a otros niveles o atendidos por psicología o trabajo social.

Estas entrevistas nos aportaron puntos de vista muy importantes para comprender la acción del sistema de salud ante la violencia contra las personas adultas mayores. Al estar adscritos a la jurisdicción, estos profesionales tienen un gran número de pacientes por atender y tardan varios meses en volver a ver cada uno de los casos; por tanto, sólo los más extremos son evaluados por ellos, mientras que otros, que también ameritarían una atención integral (adultos mayores deprimidos, con pensamientos suicidas, en situaciones de abandono o de violencia familiar) deben esperar o simplemente no reciben tal servicio. Al ser tan escaso el personal, es inevitable que los profesionales hagan una selección de los casos que consideran más críticos. Nuestra hipótesis es que esta situación contribuye a que se naturalicen o se vean como normales ciertas formas de violencia como las agresiones verbales, las amenazas, la indiferencia hacia la persona adulta mayor o su aislamiento.

De igual manera, la psicóloga nos explicó que ella visita los casos más críticos por solicitud de las profesionales de este programa. Por tanto, dedujimos que si los pacientes adultos mayores atendidos por ella han sido tan pocos, se debe a que el equipo del programa de ADPV no les remite estos casos. Esto puede ocurrir porque las profesionales no estiman pertinente la intervención de psicología o trabajo social,

porque no consideran que ciertas situaciones (abandono, amenazas, agresiones verbales, aislamiento) sean graves y por tanto no indagan en ellas o porque no visitan los domicilios de manera constante ni conocen las situaciones familiares que se presentan en ellos.

Con respecto a los procedimientos para tratar la violencia hacia las personas adultas mayores, encontramos desconocimiento por parte de los profesionales o falta de uniformidad en la información que tienen al respecto. En este sentido, la entrevista realizada a la psicóloga fue enriquecedora, pues ilustró las limitaciones y vacíos de los profesionales en la información sobre el tema. Al respecto, ella reconoció que:

...yo no conozco aquí alguna instancia en donde yo, más que el CAIS, Centro de Atención Integral de Asistencia Social, donde se pueda llevar, por ejemplo, a un adulto mayor, qué hacemos por ejemplo nosotros si nos dicen: lo quiero llevar a un asilo, sabemos que los asilos tienen un alto costo y los cuidadores no quieren pagar, sabemos que hay algunos que solo aceptan personas donde puedan ser funcionales y muchos de los pacientes que nosotros tenemos ya no pueden valerse por sí mismos... De pronto no tenemos información de a dónde enviarlos, qué hacer con ellos.<sup>21</sup>

Sin embargo, para ella, más que adquirir conocimientos al respecto, “necesitamos comprometernos con la situación, porque no se trata solo de adquirir información, sino de comprometernos a usarla”.<sup>22</sup>

Asimismo, volvimos a encontrar discursos sobre la limitación de los profesionales para intervenir en las situaciones de violencia hacia los adultos mayores. Al indagar en dichas limitaciones, el trabajador social explicó que

...la misma institución nos dice: tu trabajo nada más es el área de salud, o sea, tampoco podemos intervenir más allá, lo hacemos pero también conociendo que por ejemplo si algún familiar se enoja o se molesta, pues sí nos puede gritar, venir a agredirnos, nosotros con tal de ayudarlo, pero limitaciones como tal pues serían más esas, el que uno ya haya hecho la labor y que este uno ahí enfrente y que el adulto mayor no continúe...  
...Entrevistadora: Usted me dice que la institución también les pone un límite de que ustedes solamente tienen que ver la salud y nada más, ¿verdad? ¿Eso está reglamentado en algún lado?

---

<sup>21</sup> Entrevista L-PS-08-20-11-14.

<sup>22</sup> *Ibíd.*



Trabajador Social: Tan es así que somos trabajadores de la salud, si está reglamentado y no solamente en el área de salud sino que en el área jurídica hasta para los abogados, pero no lo hacen. Las instituciones cada área, digamos cada esfera que uno trabaja, por ejemplo yo de la salud, no puedo salirme de esa esfera, porque si no yo estaría poniéndome en riesgo, mi trabajo y también a la institución, también somos limitantes. O sea, por ejemplo aquí, nosotros no tenemos apoyo jurídico para los pacientes, solo para el personal, pero otro tipo de situación jurídica, más laboral. Por eso se derivan a las diversas instituciones...<sup>23</sup>

En las respuestas de los profesionales entrevistados, encontramos varias razones para no intervenir en los casos de violencia: desconocimiento de los canales, percepción de la violencia como un tema aislado de la salud, miedo a represalias y barreras impuestas por las propias víctimas de la violencia.

Por su parte, los profesionales del centro de salud nos reiteraron la frecuencia de la violencia en su cotidianidad como médicos, pero reconocieron que las acciones ante estos casos son muy limitadas. Una de las razones expuestas por los profesionales fue la renuencia de las propias personas adultas mayores a denunciar la violencia en su contra, es decir, la responsabilidad de los pacientes en su propio proceso de atención:

Entrevistadora: ¿Qué obstáculos o que dificultades hay cuando usted tiene que atender un caso de violencia hacia un adulto mayor? O sea, ¿qué cosas dificultan la atención oportuna a un caso de violencia?

Profesional: ¿A un caso de violencia? Pues eso de que el adulto mayor no quiere acusar de que está siendo violentado por algún familiar, no quiere poner ninguna queja, entonces no se puede hacer mucho por ese lado legalmente, al menos de que quisiera entonces pues ya le comenté, la vía son las trabajadoras sociales y ellas no, pues se tienen que ir al Ministerio Público para que atiendan ese caso de violencia.

E: O sea, ¿la barrera para intervenir es la misma persona?

P: La misma persona que no quiere hablar, no quiere, este, ¿cómo se dice? Acusar a nadie de que es violentada.<sup>24</sup>

Con base en las entrevistas realizadas a profesionales, establecimos una hipótesis que podría explicar la falta de atención a estos casos, tanto a nivel institucional como personal: la naturalización de la violencia en la práctica médica cotidiana. La psicóloga hizo una reflexión al respecto:

---

<sup>23</sup> Entrevista N-PS-07-19-11-14.

<sup>24</sup> Entrevista L-PS-05-18-11-14.

Creo que de pronto nos volvemos como cómplices en el sentido que creemos que así son los estilos de vida y es algo normal y no aprendemos a diferenciar que no tenemos buenos hábitos de una negligencia... esta confusión de estilos de vida hacen que de pronto yo pierda esa parte de: ¿Qué es maltrato y qué es normal? Esto podría ser un factor que de pronto nosotros no podamos reconocer esa parte, por otro lado creo que también es el temor, es la ignorancia a no saber qué hacer, al procedimiento, ¿qué hago, con quién voy? ... eso es muy engorroso y cosas de ese tipo, que si no tenemos la información se puede prestar a esas situaciones, yo creo que muchas cosas se nos escapan, lo cual estamos cayendo en negligencia.<sup>25</sup>

Otro testimonio ilustrativo al respecto fue el de la médica encargada de crónicos:

Entrevistadora: ¿Por qué no se ha hecho un trabajo como más profundo con estos pacientes [los que sufren violencia], qué es lo que falta?

Médica: Tal vez porque no está dentro del proyecto... pues no le hemos tomado la importancia, porque no está dentro del plan, tu que me lo mencionas, porque no ha habido al menos este seguimiento, a lo mejor ahora lo vamos a hacer, a menos que veamos que llega alguien que viene desnutrido, desmejorado, hacemos un seguimiento, pero ya es algo muy marcado, que de alguien que viene siempre o *que ya lo consideramos habitual*, pero a lo mejor no debe de ser tan habitual esa situación o a lo mejor *no le hemos tomado la importancia porque para nosotros es frecuente*.

E: ¿No está dentro del proyecto centro de salud, o del sistema de salud o digamos personal, o cómo?

Médica: Sí, debemos de detectar violencia de hecho, porque sí, si tenemos una situación de que si hay violencia la tenemos que canalizar, a lo mejor no está en la situación de... poner énfasis en los casos de violencia, por que tan solo el abandono es una violencia y para nosotros es habitual que vengan solos y lo tomamos como: si es importante como para investigarlo... a lo mejor no lo hacemos, porque *para nosotros es habitual que el paciente este abandonado*, digamos si me dices, ¿sabes qué?, tienes que poner énfasis en eso y que el paciente venga acompañado, porque tampoco le podemos negar la atención y si el paciente no viene acompañado de alguien, sabe qué, no lo voy a atender...<sup>26</sup>

Una hipótesis vinculada con la de la naturalización fue que, aunque en el discurso los profesionales identifiquen el abandono como una forma de violencia, en la práctica hacen una jerarquización de las conductas que a su parecer son más o menos graves y le restan importancia al abandono. Incluso, se han acostumbrado a éste. Así, aunque al entrevistarlos identifiquen esta situación como una dimensión de la violencia, en su práctica no consideran que amerite solicitar la intervención de trabajo social o reportarse a otra instancia. Esto se puede deber a una creencia de que, dadas las

---

<sup>25</sup> Entrevista L-PS-08-20-11-14.

<sup>26</sup> Entrevista L-PS-06-18-11-14. Las cursivas son nuestras.

difíciles condiciones socio-económicas de los habitantes de la zona, otras situaciones como la violencia física adquieren más relevancia. También es probable que esta situación responda a una gran carga de trabajo que, como pudimos observar, es un problema reiterado para los profesionales. Así, aunque en el centro de Salud Dr. Guillermo Román y Carrillo existe, en teoría, un equipo interdisciplinario que atiende a los pacientes en sus domicilios, percibíamos que no era suficiente debido a la gran cantidad de personas que deben visitar en una zona tan extensa como lo es la delegación Iztapalapa, la más poblada del Distrito Federal.<sup>27</sup>

Después de esta experiencia, concluimos el trabajo de campo en la delegación Iztapalapa con entrevistas a personas adultas mayores y cuidadores que acuden al centro de salud pero no a los grupos de apoyo para esta población. Como ya había ocurrido antes, en estas entrevistas encontramos fuertes testimonios de problemáticas socioeconómicas y de salud que afectan a las personas adultas mayores que acuden a este centro de salud. A diferencia de los entrevistados que asisten a los grupos de apoyo, hallamos percepciones mucho más negativas sobre el envejecimiento y las enfermedades que han venido con éste.

### **II.3.3 Jurisdicción Sanitaria Gustavo A. Madero, Centro de Salud T-III Dr. Rafael Ramírez Suárez**

La Jurisdicción Sanitaria Gustavo A. Madero está conformada por cinco hospitales, un centro antirrábico y treinta y un centros de salud, de los cuales diecisiete son T-I, diez son T-II y cuatro son T-III. En el 2014 tenía una población de 1,175,660 habitantes, de los cuales 51.9% eran mujeres y el 7.8% del total de la población tenía 60 años y más (CONAPO, 2014).

El Centro de Salud T-III Dr. Rafael Ramírez Suárez se encuentra dentro del área territorial de la delegación política de Gustavo A. Madero y está ubicado en la Avenida

---

<sup>27</sup> “Información por entidad, Distrito Federal”, [http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/territorio/div\\_municipal.aspx?tema=me&e=09](http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/territorio/div_municipal.aspx?tema=me&e=09) consultado el 10 de abril de 2015.

Montevideo No. 555, esquina 17 de Mayo, colonia San Bartolo Atepehuacán, C.P. 07730, Distrito Federal. Al centro es posible acceder a través de la estación del metro Deportivo 18 de marzo, en la correspondencia de las líneas 3 y 6. A partir de allí, se puede tomar un transporte que recorre la avenida Montevideo, este trayecto puede durar aproximadamente 10 minutos. Otra vía de acceso al centro de salud es la estación Instituto del Petróleo, de la línea 5 del metro, desde la cual es posible acceder a pie en un trayecto de aproximadamente 10 minutos. En la medida en que el centro de salud se encuentra sobre la avenida Montevideo, resulta fácil su acceso.

Este centro brinda servicios de consulta médica general, odontología, laboratorio, farmacia, rayos X, mastografía, trabajo social, vacunas, psicología y nutrición. El centro cuenta con 11 consultorios, todos ellos dedicados a medicina general. Aparte, hay un área para trabajo social, en la cual le prestan un escritorio al programa de ADPV. Un consultorio para psicología y 2 para odontología. Además hay un módulo de crónico-degenerativo. En el horario matutino hay personal en todos los consultorios y en el vespertino funcionan sólo 4 consultorios para atención médica. El centro también cuenta con un electrocardiógrafo. En cuanto al personal de salud, el centro cuenta con: 15 médicos, 3 de ellos con funciones administrativas, 4 odontólogos, 1 psicólogo, 34 enfermeras y 4 trabajadoras sociales. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 am a 9:00 pm. En este centro de salud, el Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable cuenta con un médico y una enfermera que atienden de lunes a viernes.

El trabajo de campo en el Centro de Salud T-III Dr. Rafael Ramírez Suárez se llevó a cabo del 24 de noviembre al 16 de diciembre de 2014, aunque se regresó en enero de 2015 para hacer una entrevista.

### **II.3.3.1 Semana 8: 24 al 28 de noviembre de 2014**

El trabajo de campo en la Delegación Gustavo A. Madero inició, como en los casos anteriores, con una reunión con varios miembros del personal del centro de salud, en

esta ocasión la responsable Estatal de Geriátría de los Servicios de Salud de la SSDF, no pudo asistir, pero previamente hizo las gestiones pertinentes para que el coordinador de Enfermos Crónicos de la Jurisdicción Sanitaria Gustavo A. Madero se coordinara con el director del centro, nos recibieran y apoyaran en el trabajo de campo. Este día nos reunimos con médicos y enfermeras responsables del programa de ADPV y de la jurisdicción, así como, con la gestora de calidad del centro de salud.

Como en los casos anteriores, en esta reunión acordamos un cronograma de trabajo y se nos informó de algunos profesionales claves con los cuales realizaríamos entrevistas en el centro de salud: el médico de atención a enfermos crónicos, y el nutriólogo y encargado del grupo de adultos mayores que se reúne los martes en el aula del centro. En la reunión, acordamos que el trabajo de campo se llevaría a cabo de acuerdo con el siguiente esquema: los tres primeros días visitaríamos domicilios, mientras que el jueves y el viernes de esta primera semana permaneceríamos en el centro de salud, entrevistando a personas adultas mayores con la colaboración del personal de salud. En la segunda semana continuaríamos asistiendo a las viviendas de los pacientes adultos mayores del programa de ADPV, con excepción del día martes, cuando nos haríamos presentes en el grupo de apoyo a esta población y solicitaríamos la participación de voluntarios. La tercera y última semana, trabajaríamos de manera exclusiva en el centro de salud realizando entrevistas a los profesionales, así como a pacientes adultos mayores y cuidadores que asisten al servicio de salud. Dado que la fiesta de la Virgen de Guadalupe es el 12 de diciembre, coincidiría con el final de la segunda semana de trabajo de campo y el centro de salud se encuentra en una zona muy cercana a la Basílica, por ello, acordamos mover el trabajo de los días 11 y 12 de diciembre a los días 15 y 16. La Basílica es un punto de peregrinación de gran afluencia de público, razón por la cual los mismos profesionales nos recomendaron planear en otra fecha las actividades que realizaríamos desde el día anterior a la celebración, debido a que, según nos contaron, el tráfico se torna complicado por el cierre de vías para permitir la llegada de los peregrinos.

Después de acordar este cronograma, las profesionales del programa de ADPV nos invitaron a un desayuno, en el cual platicamos de manera informal sobre su trabajo, sus limitaciones y los casos de violencia hacia las personas adultas mayores que han conocido. Entre los temas conversados, surgieron bromas sobre un video promocional que ha circulado acerca de este programa, el cual muestra a los profesionales siendo llevados a los domicilios en transporte dado por el centro “vans” que, en la realidad, no son utilizadas para este fin. Como en la delegación Iztapalapa, el equipo no cuenta con un transporte y deben trasladarse a los domicilios en combis, peseros y metro. Las profesionales platicaron de manera abierta sobre su inconformidad con el relanzamiento del programa bajo el nombre de “Médico en tu Casa”, en vez del fortalecimiento de la estructura del ya existente, pero reconocieron que pueden hacer muy poco al respecto ya que, al quejarse abiertamente sobre esta situación, así como sobre otras irregularidades ocurridas en los centros de salud, sus empleos pueden correr peligro. En la conversación, también se refirieron al poco apoyo que sienten por parte de sus colegas de los centros de salud, para quienes su trabajo parece “fácil” porque deben atender menos pacientes al día. Según nos contaron, han encontrado casos graves de violencia y negligencia hacia las personas adultas mayores, pero señalaron que cuentan con pocos canales para atenderlos pues, en su concepto, Trabajo Social no realiza acciones al respecto. En este sentido, nos contaron sobre una adulta mayor a quien su hija expulsó de su casa, razón por la cual terminó viviendo en la calle y en casas de algunos familiares, hasta que una de las médicas del programa hizo un contacto con un hogar de religiosas que la recibieron. La adulta mayor, según nos contaron, falleció en este lugar.

Luego de esta conversación informal, en la cual las profesionales nos advertían sobre la dureza de los casos que atienden a diario, nos dirigimos a nuestra primera experiencia de campo en la delegación Gustavo A. Madero. Allí, las primeras viviendas visitadas fueron una muestra de la fuerte problemática socioeconómica y de violencia en general y hacia las personas adultas mayores en particular. La situación planteó un reto profesional y de seguridad para el equipo de trabajo de campo, ya que la colonia visitada, ubicada en el cerro de Ticomán, es un asentamiento de alta marginación, con

fuertes problemáticas de delincuencia, alcoholismo, drogadicción y violencia. Acceder a la viviendas fue todo un reto por la forma en que se encuentran construidas la casas, en la medida que es un cerro no hay calles sino escalera, había basura, agua, y ratones en el camino. La primera experiencia, que se puede evaluar como una de las más difíciles, es la de un adulto mayor que empieza a presentar cierto grado de deterioro cognitivo y de quien no pudimos saber la edad exacta, ya que, según nos dijo su hija, no cuenta con documentos de identificación.

Al preguntarle sobre su relación con sus hijos, el adulto mayor contestó:

Pues hay uno que hasta me golpeó, se llama Guadalupe igual que yo, ese aquí existe y hasta eso (incomprensible), aquí anda y hay veces que hasta quiere regañar a las personas que me atienden...

Entrevistadora: ¿Qué fue lo que pasó cuando su hijo lo golpeó?

Adulto mayor: Ah, pues no pasó nada porque no lo demandé, quería demandarlo pero no lo demandé, me arrepentí y no lo demandé porque lo demando y me va peor, más odio me toma, más odio me toma aquella persona que demanda uno y siendo de la familia, ahí quedó, ahorita les platico a ustedes y ya ustedes saben que hay una persona que hasta me llegó a golpear.<sup>28</sup>

La situación familiar en este hogar es bastante conflictiva, pues el agresor tiene problemas de alcoholismo y drogadicción. Al adulto mayor su expareja quiso sacarlo del terreno donde vive y su hija que es la cuidadora no parece atenderlo de manera oportuna. Durante el tiempo que permanecimos en la vivienda, el adulto mayor no recibió ningún alimento y las condiciones de higiene en las cuales se encontraba eran bastante precarias: su cama y ropa estaban sucias, no lo bañaban (según la médica, desde hace por lo menos 2 años), tenía una infección transmitida de un ojo al otro y el cuarto no estaba limpio (había restos de comida en el piso, mosquitos y mal olor). La entrevista debió ser realizada en compañía de la médica, debido a que el hijo acusado de la agresión se encontraba rondando el lugar y las profesionales tenían aprehensión por su comportamiento agresivo.

La médica también nos acompañó durante la entrevista realizada a la hija y cuidadora del adulto mayor. Aunque ella cooperó, la profesional nos contó que en ocasiones ha

---

<sup>28</sup> Entrevista L-AM-25-24-11-14.

sido agresiva con el equipo del programa de ADPV, cuando le han reclamado mejorar los cuidados al adulto mayor. En la vivienda de la cuidadora tampoco hay un baño y su hija, de 6 años, utiliza un bote para hacer sus necesidades. Al momento de la entrevista, el cuarto tenía un fuerte olor a excrementos. La niña, según la información del equipo del programa de ADPV, no asiste al colegio, a pesar de que la cuidadora argumenta lo contrario.

Ante el riesgo de seguridad, las profesionales optaron por acompañarnos a realizar las entrevistas, sobre todo cuando consideraban que estábamos ante casos críticos en este sentido. Tal situación pudo afectar la información obtenida en las entrevistas, sobre todo en lo que tenía que ver con la relación con la institución prestadora de salud. Debido a que en algunos casos ellas estuvieron presentes durante las entrevistas y escucharon a los entrevistados, al salir de los domicilios contrastaron lo que ellos nos dijeron con su propia experiencia y conocimiento, e incluso llegaron a poner en duda algunas de sus afirmaciones: por ejemplo, el adulto mayor antes mencionado dijo que el centro de salud no le enviaba medicamentos, pero según la médica, era su hija quien no se lo suministraba. En nuestra presencia, la médica constató que la cuidadora sí tenía el medicamento guardado, pero no lo estaba administrando a su papá. Después de la entrevista, las profesionales llegaron a contradecir algunas de las informaciones que la cuidadora nos había dado. En este sentido, a pesar de las dificultades que representó la falta de privacidad, las entrevistas también se convirtieron en una fuente de información para las mismas profesionales de la salud.

Este día también asistimos a otra vivienda de una adulta mayor de 93 años de edad, quien vivía en una cueva donde había que entrar agachado por las dimensiones del lugar, su cama fue elaborada con tablas, no tenía luz y la puerta era un pedazo de tela. La entrevista no se pudo realizar porque la adulta mayor tenía problema de habla, el cual podía estar relacionado por la pérdida completa de su dentadura desde hace muchos años ya que su rostro estaba afectado por esto. También un problema que se presentó es que la enfermera del programa de ADPV nos presentó diciendo que estábamos realizando una investigación sobre violencia hacia las personas adultas



mayores, cuestión que desde un principio en las reuniones que teníamos en cada centro de salud advertíamos que no era recomendable decir esto sino que estábamos haciendo un estudio para mejorar los servicios de salud. En el momento en que la enfermera le dijo a la hija que es la cuidadora de la adulta mayor que veníamos a hacer una investigación sobre violencia, apareció el esposo de la hija y en ningún momento se retiró, a pesar de habersele solicitado, en dicha entrevista el comenzó a responder y en la sección de violencia reconoció que él había sido un hombre muy violento y que todos los días golpeaba a su esposa, pero que desde que conoció a Dios lo dejó de hacer, cuando el esposo hablaba de la violencia se reía con cierto cinismo y la esposa se reía con cierto nerviosismo. Al salir de la vivienda, la enfermera nos dijo que nunca había visto al esposo de la cuidadora y que hoy fue la primera vez.

Los días siguientes a esta experiencia visitamos colonias apartadas del centro de salud (Santa Rosa de Lima y Siete Maravillas) pero con situaciones socioeconómicas y de seguridad un poco más favorables. A partir de este momento, cuando las profesionales no consideraban necesario acompañarnos por cuestiones de seguridad, nos presentaban en los domicilios, solicitaban la colaboración de las personas adultas mayores y cuidadores y nos dejaban en las viviendas para continuar atendiendo a sus pacientes. En otros casos, cuando lo estimaron conveniente, nos advirtieron sobre los cuidadores que podían llegar a ser “agresivos” y con quienes, de acuerdo con su experiencia, nos recomendaban ser cuidadosos en el acercamiento, como fue el caso de una cuidadora de su hermana adulta mayor. Este fue otro de los casos importantes en cuanto a la experiencia de violencia y la atención del programa de ADPV. Una mujer de 65 años que no camina y está postrada en cama. La cuidadora piensa que su incapacidad para caminar se debe a su falta de voluntad y se muestra cansada y desesperada por la situación de su hermana; ella dice que la ha gritado y le ha dado pellizcos, y la adulta mayor dice que además de esto, le ha jalado el pelo y que se niega a comprarle cosas que necesita con su tarjeta de ayuda económica. Al platicar con la cuidadora, ella reconoció abiertamente haber ejercido violencia:

Pues que te digo que me desespera de que está en su actitud tan negativa y lo que te platicaba de que yo digo, estás con la cama mojada y no la sientes, pero curiosamente te

pasa uno la fibra, la toallita, la esponja húmeda pero no la puse en lo calentito y eso sí lo sientes y hasta te quejas, entonces así digo yo, de qué se trata, o por ejemplo está sucia y no lo siente, le dice uno, Chacha, es que te ensuciaste, está sucia la cama, no, no es cierto, ¿ah, no es cierto? Estoy viendo, ¿no es cierto?, esas cosas desesperan y yo particularmente con ella la pellizcaba, y grita, digo, cómo eso sí lo sientes y la suciedad sí la sientes, es lo que te digo, es impotencia de que yo digo, de qué se trata ella, me está viendo la cara o qué, la suciedad está en la cama toda sucia, maloliente y no lo siente, me lo niega, dice que no es cierto, le doy un pellizquito y luego brinca, digo, de qué se trata, esas son las alteraciones que he tenido yo con ella, afortunadamente últimamente creo que ella está algo cooperativa porque le han, la doctora trajo una psicóloga, yo creo que sí le ha servido bastante, la verdad sí, porque antes era que apenas la bañaba uno y luego luego la cama sucia, mal, digo, tampoco puede estar uno, debería, no lo hacemos, pero procurándole en ese aspecto, tratamos, la procuramos lo más que se puede pero a veces es cansado, pero pues esa es la verdad lo que yo sí definitivamente sí o hasta palabras que no tengo por qué decirle, no tengo yo ningún derecho pero en ira y en mi desesperación, pues sí...<sup>29</sup>

Este caso también fue pertinente, pues ilustró la importancia de los esfuerzos individuales de los profesionales en la atención de los casos de violencia. El primer día de terreno, la médica del programa nos había dicho que, dada la escasa respuesta del sistema ante la violencia hacia las personas adultas mayores, el personal del programa de ADPV había tenido que tomar acciones por su propia cuenta. El caso antes citado nos permitió constatar esta afirmación, pues confirmamos que las profesionales del programa habían hecho gestiones con una religiosa que realizaba su servicio social en el centro de salud. Así, lograron que ella acudiera a la vivienda de la adulta mayor. Después de estas visitas, la adulta mayor había empezado a hacer algunos progresos en la movilidad de su cuerpo y se había planteado el propósito de volver a caminar en el mes de diciembre.

Desde los primeros días de trabajo de campo en la delegación, fue usual encontrar situaciones de violencia, hartazgo y desesperación por parte de los cuidadores. Teníamos la percepción de que las profesionales eligieron de manera deliberada los casos más críticos. Las problemáticas socioeconómicas y de violencia en los domicilios visitados eran muy duras. Dado que el territorio que atiende el centro de salud es bastante extenso, en algunos casos los tiempos de desplazamiento fueron prolongados y estuvieron entre 45 minutos y una hora. Algunas de las zonas atendidas, por ejemplo

---

<sup>29</sup> Entrevista L-FC-15-26-11-14.

el cerro de Ticomán, son peligrosas en términos de seguridad. Las situaciones de violencia y de sobrecarga de los cuidadores fueron recurrentes, pero fuimos testigos de los esfuerzos de las profesionales por proponer alternativas a algunas de las cuidadoras visitadas (por ejemplo, conseguir un voluntario que ellas podrían capacitar para contribuir en la curación de una adulta mayor con úlceras o hacer un vínculo con la religiosa antes mencionada para que visitara otras viviendas).

Una de las principales dificultades para entrevistar a pacientes adultos mayores en los domicilios, fue que muchos de ellos tienen algún nivel de deterioro cognitivo. En algunos casos, no pudimos realizar entrevistas o nos encontramos con personas adultas mayores a quienes les costaba mucho trabajo seguir y contestar las preguntas de la guía. Entre las personas visitadas, buena parte se encuentran en malas condiciones de salud, postrados o inmovilizados.

A diferencia de lo ocurrido en Iztapalapa, antes y después de las visitas domiciliarias, las profesionales del programa nos contaron sobre las viviendas que visitaríamos y demostraron un amplio conocimiento de las situaciones familiares y de los diagnósticos médicos de los pacientes. En algunos casos, pudimos contrastar la información obtenida en las entrevistas con lo que ellas sabían sobre los entrevistados. En los trayectos hacia las visitas, platicábamos de los casos vistos el día anterior, de los domicilios a donde nos llevarían o de otros pacientes adultos mayores. La observación de su labor, así como las conversaciones informales que sostuvimos con las profesionales, fueron muy importantes para darnos una idea sobre el impacto del programa de ADPV en el territorio que cubre este centro de salud. A pesar de las evidentes limitaciones del programa (tales como una gran cantidad de pacientes por atender, una zona muy extensa, falta de equipo interdisciplinario, de medicamentos y de espacio físico en el centro de salud), la práctica médica observada en este equipo nos hizo reforzar la hipótesis de que los alcances del programa de ADPV dependen en buena medida de las cualidades personales y profesionales, así como del compromiso del personal de salud.

En esta primera semana, el trabajo con las personas adultas mayores asistentes al centro de salud avanzó de manera lenta. Para esta actividad, solicitamos la colaboración del médico encargado de la atención a enfermos crónicos. Sin embargo, fueron pocos los pacientes mayores de 60 años que él atendió el día 27 de noviembre, mientras que el día 28 el trabajo debió ser aplazado porque el centro de salud se encontraba sin suministro de agua y sus actividades fueron canceladas.

### **II.3.3.2 Semana 9: 1 al 5 de diciembre de 2014**

Iniciamos esta semana con entrevistas a profesionales en el centro de salud. Aunque habíamos planeado continuar las visitas domiciliarias, debimos posponer esta actividad porque la médica no pudo seguir acompañándonos a partir de este momento, debido a que tuvo un accidente automovilístico que la incapacitó durante varias semanas. Las pláticas con profesionales nos dieron perspectivas interesantes sobre la atención de la violencia hacia las personas adultas mayores y nos sugirieron la hipótesis de que otro obstáculo para el tratamiento de estos casos, proviene de la idea de que no es posible profundizar en el servicio hacia un sector de la población, cuando se debe atender a usuarios diversos:

Entrevistadora: ¿Consideras que el centro de salud cumple con estas necesidades específicas de los adultos mayores?

Trabajadora Social: No es que hagan falta sino que como atendemos a población abierta no nos podemos enfocar solamente en adultos mayores, o sea, las necesidades de toda la población, atendemos desde embarazadas, niños, adultos, adultos mayores, personas discapacitadas, y se ha tratado de adaptar el servicio y el inmueble para poderle dar cabida a todos, no se puede adaptar solamente para un solo programa porque atendemos a toda la población, entonces no podemos especializarnos en el centro de salud para adulto mayor cuando tenemos lugares específicos como hospitales, en especial el Pediátrico de La Villa, tiene un área especial para geriatría, no es cierto, Pediátrico de Aragón, tiene especialidad en geriatría.

E: ¿Existen dificultades al trabajar con adultos mayores en relación con otros grupos?

TS: Te vuelvo a repetir, no como tal, tratamos de adaptar las necesidades de ellos al servicio que nosotros prestamos.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Entrevista L-PS-10-01-12-14.

El día 2 de diciembre retomamos las visitas domiciliarias en la zona de Lindavista, la enfermera del programa de ADPV comenzó a acompañarnos a los domicilios, ya que la idea era entrevistar al menos 15 pacientes adultos mayores del programa, eso lo habíamos fijado desde que estuvimos en el primer centro de salud. Ella nos explicó que no estaba facultada para brindar por sí sola la atención a los pacientes del programa, por tanto, se dedicaría a acompañarnos a las visitas faltantes. En varios casos permaneció durante la entrevista, donde había riesgos de seguridad o antecedentes conflictivos o de agresividad con los cuidadores. Tal es el caso de una de las viviendas en donde previamente la enfermera nos comentó que el cuidador tenía recortes de mujeres desnudas en la pared de su departamento. Esta situación generó desconfianza de parte de la enfermera, quien dijo que nos llevaría a conocer a esta familia pero permanecería presente durante la entrevista. Esta visita fue una de las más impactantes debido a los comportamientos del cuidador. Al llegar su turno de ser entrevistado, se negó a ser grabado y asumió una actitud defensiva e incluso agresiva con la entrevistadora, ante quienes insistía en explicar su proveniencia de una familia ilustre del estado de Guerrero. En la plática, registrada en el diario de campo, hizo alusiones a la “pérdida de su inocencia” a los 10 años. Durante toda la entrevista, que duró cerca de 30 minutos, el cuidador permaneció de pie en frente de la entrevistadora. Tanto ella como la enfermera intuyeron que el cuidador padece algún desorden psicológico o psiquiátrico y, por esta razón, se omitió las preguntas directas sobre la violencia. El cuidador afirmó que le “gustan mucho las mujeres” e invitó a la entrevistadora y a la enfermera a “quedarse” en su domicilio. La situación generó alerta y ocasionó el cierre de la entrevista. En esta ocasión volvimos a poner en práctica el esquema de seguridad desarrollado en la delegación Iztapalapa. Así, la llamada de una de las integrantes del equipo de trabajo de campo sirvió como estrategia para dar por finalizada la conversación con el cuidador y salir del domicilio.

Como en las demás delegaciones, las carencias del programa de ADPV se hicieron evidentes, debido a que las profesionales no cuentan con un espacio propio en el centro de salud, con vehículos para ser transportadas a los domicilios ni con profesionales de trabajo social o psicología que las asistan. En varias ocasiones

encontramos a la enfermera del programa trabajando en las sillas de las salas de espera y pasillos del centro de salud. Dichas carencias nos daban información sobre el interés que el mismo sistema de salud está dando a la atención de los pacientes más vulnerables. Asimismo, nos daban indicios sobre la importancia que el programa de ADPV tiene dentro del centro de salud Dr. Rafael Ramírez Suárez. A diferencia de lo que se encontró en centro de salud de Iztapalapa, las profesionales de la salud del programa de ADPV tienen un gran compromiso con el mismo y por ende con sus pacientes pero poco apoyo y reconocimiento institucional.

En esta delegación encontramos las viviendas con condiciones de salubridad más precarias (por ejemplo, viviendas en las cuales sus habitantes usan botes como baños, donde conviven con animales como pulgas, chinches, cucarachas y ratones o en las cuales residen las personas adultas mayores con hijos, nietos, bisnietos y familias nucleares de todos ellos sin medidas de higiene que los protejan de enfermedades). La hipótesis que planteamos al respecto fue que, sumado a las problemáticas socioeconómicas de la zona, las profesionales del programa de ADPV están acudiendo con relativa frecuencia a visitar incluso las partes más alejadas e inseguras del territorio en el cual trabajan, situación que no vimos en el centro de salud de Iztapalapa.

Un caso que ejemplifica esta situación de precariedad es el de un adulto mayor y su hija. Él, así como otros miembros de la familia, se ha dedicado a trabajar con los camiones de basura y en el reciclaje. Ahora, el adulto mayor no puede caminar. La vivienda donde él se encuentra tiene ratones y allí conviven varios de sus hijos con sus parejas, hijos y nietos. En estos casos, el apoyo de la enfermera fue muy importante ya que las pláticas informales con ella permitieron socializar estas experiencias y contrastar puntos de vista sobre las situaciones observadas en terreno.

Otro caso impactante fue el de una adulta mayor, quien vive con familiares e inquilinos en una casa que le pertenece a su esposo. La adulta mayor, su pareja, su nieto y un perro viven en el mismo cuarto. Sin embargo, al momento de la visita, el nieto dormía

en el piso, debajo de una mesa sobre la cual había medicamentos, comida y basura. Al parecer, los adultos mayores son bañados sólo una vez a la semana. La entrevista debió ser realizada en la banqueta fuera de la vivienda, debido a que en el cuarto se encontraban los dos hombres durmiendo. El olor en la vivienda era desagradable y las condiciones de higiene eran deficientes. Aunque la adulta mayor habló de una hija y otro nieto que la cuidan a ella y a su esposo, ella, con 83 años, debe atenderlo pues se encuentra postrado en cama y tiene diabetes. Nos llamó la atención que en varios casos, hallamos a adultos mayores que cuidan a otros adultos mayores. Aunque ya habíamos observado esta situación en los otros centros de salud visitados, en las últimas semanas de trabajo de campo esta idea se hizo más frecuente.

A pesar de que las condiciones de los hogares antes descritos pudieran llegar a dificultar nuestra labor, nunca hicimos juicios de valor o reclamos sobre las condiciones de higiene, la precariedad de los hogares visitados o las situaciones de violencia o abandono. Nos concentramos en conversar, observar el entorno y escuchar los puntos de vista de los entrevistados. Cuando nos retirábamos de las viviendas, registrábamos en diarios y notas de campo los aspectos más relevantes y los separábamos de nuestros propios juicios de valor e impresiones.

En suma, durante la segunda semana de campo en la delegación Gustavo A. Madero, confirmamos la frecuencia de la violencia, el abandono y la negligencia hacia las personas adultas mayores. Allí, la mayor parte de los pacientes visitados vive en hogares muy conflictivos y tienen percepciones muy negativas sobre el envejecimiento. El caso de una adulta mayor, al ser una excepción, confirmó esta situación. La adulta mayor fue entrevistada en su domicilio porque se encuentra con una discapacidad debido a una caída que le impidió volver a caminar. Pese a que tiene que estar sentada todo el tiempo y no puede salir de su casa, trata de mantener una perspectiva positiva de su vida, por lo cual no es raro escucharla haciendo bromas o chistes. Su actitud es llamativa porque, desafortunadamente, es rara entre las personas adultas mayores que visita el programa de ADPV. Su perspectiva del envejecimiento y de la discapacidad

nos llamó mucho la atención y nos ayudó a evidenciar aún más el hecho de que la vejez, en los hogares visitados, tiende a ser percibida de una forma negativa.

En una de las visitas domiciliarias no pudimos realizar la entrevista, debido a que el adulto mayor se encontraba solo, con deterioro cognitivo y se negó a responder la entrevista. Este fue el caso de un adulto mayor que vive debajo de una escalera en la vivienda de su cuñada. Aunque esperamos a la cuidadora, ella tampoco llegó, por lo tanto decidimos dejar el domicilio y continuar con el trabajo de campo en el centro de salud. Para ello, como en los centros anteriores, solicitamos la ayuda del profesional de atención a enfermos crónicos, quien ya había sido entrevistado y conocía el proyecto, así como a los miembros del equipo. Él y su enfermera nos presentaron a algunos pacientes mayores que atendían y encontraron espacios para que pudiéramos platicar con ellos.

En el centro de salud entrevistamos a la encargada del archivo, al médico de enfermos crónicos y al nutriólogo que coordina el grupo de personas adultas mayores. Asimismo, platicamos con tres adultos mayores.

#### **II.3.3.3 Semana 10: 8 al 10 de diciembre de 2014, 15 y 16 de diciembre de 2014 y 20 de enero de 2015**

La última semana de trabajo de campo se dividió en varios bloques, debido a que los días 11 y 12 de diciembre no acudimos al centro de salud por la celebración de la Virgen de Guadalupe. En cuanto al trabajo en el centro de salud, asistimos dos veces al grupo de apoyo para adultos mayores, que se reúne los martes. Los visitamos los días 9 y 16 de diciembre, sin embargo, su participación en la investigación fue reducida. El grupo tiene actividades planeadas de antemano y estas fueron sus dos últimas reuniones del año. Es probable que, por esta razón, solo una de las asistentes estuviera dispuesta a participar. Por otra parte, a este grupo también asisten mujeres menores de 60 años que padecen enfermedades crónicas. Así, aunque algunas de ellas mostraron interés en el trabajo, aún no alcanzaban la edad requerida para considerarlas como adultas mayores.



Las entrevistas en el centro de salud nos mostraron un gran contraste entre la población que acude por sus propios medios al centro de salud y la que es atendida en sus domicilios. Los entrevistados en el centro mostraron percepciones más positivas sobre su envejecimiento y padecimientos de salud. En ellos, hallamos como elemento en común el hecho de que fueron personas que aprendieron oficios que les permitieron tener negocios y sostener a sus familias, o que gozan de situaciones económicas un poco más favorables que las observadas en la mayoría de las visitas domiciliarias (por ejemplo, que tienen ingresos distintos a las ayudas del gobierno del DF, que cuentan con una vivienda propia, que han tenido o tienen negocios propios y que todavía se sienten en condiciones de trabajar). Al haber tenido una adultez productiva y satisfactoria en términos afectivos, estas personas adultas mayores tendieron más a ver el envejecimiento como una etapa “natural” de la vida<sup>31</sup> o como una “meta”.<sup>32</sup> Estos casos nos resultaron interesantes y esperanzadores dentro de la difícil problemática que viven las personas mayores en las delegaciones visitadas. Un ejemplo de ello fue el caso de un adulto mayor invidente que se mueve de manera autónoma y acude sin compañía al centro de salud. A pesar de lo peligroso que puede resultar moverse solo, el adulto mayor señaló que:

yo ando con el de arriba, sí, de veras, yo salgo a la calle y digo, señor, ya nos vamos a la calle, si quieres que regrese regreso, si no, es tu voluntad, para qué me voy a hacer el dramático, para qué me voy a hacer el mártir, o sea, que toda la vida Dios me dio todo entonces a esta edad estoy conforme con lo que viví, conforme con lo que comí, con lo que viajé, con todo, mis hijos todos tienen con qué vivir, tienen una carrera o un oficio.

Cuando le preguntamos si se considera un adulto mayor, él respondió: “No, yo todavía me siento chavo”.<sup>33</sup> A pesar de que en su caso encontramos una situación de abandono y de violencia verbal por parte de sus parientes, fue interesante observar su actitud positiva y risueña sobre aspectos de su vida cotidiana. Fue en este sentido en el que percibimos un gran contraste con las personas adultas mayores que conocimos en sus domicilios.

---

<sup>31</sup> Entrevista L-AM-29-04-12-14 y L-AM-35-15-12-14.

<sup>32</sup> Entrevista L-AM-36-09-12-14.

<sup>33</sup> Entrevista AM-33-10-12-14.

La última actividad planeada era la entrevista a la encargada del programa de ADPV. Sin embargo, dado que ella estuvo en incapacidad durante varias semanas, esta entrevista debió aplazarse hasta el 20 de enero de 2015. La entrevista fue realizada de forma distinta a las anteriores, pues decidimos no seguir la estructura de la guía e indagar en cuestiones que tenían que ver con la trayectoria de la profesional en el programa de ADPV, la historia de éste, su relación con otras instancias del centro de salud y su conocimiento sobre los casos de violencia observados por el equipo de trabajo de campo, así como sobre las acciones emprendidas en torno a ellos.

Este encuentro tuvo lugar en la bodega donde se almacena el material médico en el centro de salud, dado que, como lo señalamos antes, estas profesionales no cuentan con un espacio propio. Tal situación nos había generado dudas sobre el interés de las directivas del centro de salud en el programa de ADPV y sobre la valoración que le estaban dando a éste. Al respecto, la médica comentó que:

Nosotras teníamos un espacio allá arriba, pero como nos veían que salíamos, el director dijo que se necesitaba ese espacio para gente que estuviera aquí, ni siquiera compartirlo, no, es que se necesita porque se va a utilizar y a fin de cuentas no se utilizó para lo que él dijo, ¿no?, entonces son cosas que te das cuenta de que como que no hay un respeto por ese trabajo, entonces, pero ahora sí que tú lo viste y realmente es un trabajo que se necesita mucho allá afuera, que la gente realmente lo necesita...

Entrevistadora: ¿Qué querían hacer con el consultorio de ustedes, qué hicieron con eso?

Médica: Dijeron que iban a meter ultrasonido y lo que era electrocardiograma.

Entrevistadora: ¿Y no lo hicieron?

Médica: De hecho estaban los aparatos, pero luego llegó una psicóloga y le dijeron, este es tu lugar, entonces por fin, era para una cosa o la otra (baja la voz). Entonces es lo que te digo, como que no le toman el interés que debe de ser.

Esta actividad fue clave como cierre del trabajo de campo, porque nos permitió confrontar la información obtenida sobre el tema de la violencia con la respuesta por parte de las profesionales de ADPV. Aunque ya teníamos indicios al respecto debido a las observaciones de su práctica médica con los pacientes y a las conversaciones informales sostenidas antes y después de las visitas, la entrevista nos ayudó a entender algunos de los obstáculos estructurales con los que deben convivir estas profesionales: ausencia de una contratación de base y consecuentes desmejoras en los derechos laborales, falta de voluntad de las autoridades médicas, uso de los

programas sociales con fines electorales, carencias de personal y de equipos interdisciplinarios, falta de interés por parte de los demás profesionales de los centros de salud, alta conflictividad en las zonas y familias visitadas y falta de capacitación sobre la atención a la violencia. La entrevista nos permitió recapitular muchas de las dificultades observadas en el campo y cerrar la etapa de terreno con un punto de vista muy valioso sobre las carencias estructurales del sistema de salud en el tratamiento de los casos de violencia hacia los adultos mayores.

En suma, las vivencias durante las 10 semanas de trabajo de campo se convirtieron en una experiencia transformadora de las vidas y trayectorias profesionales de los participantes en el trabajo de campo. Además de recopilar una gran cantidad de información sobre la violencia hacia las personas adultas mayores y el tratamiento que les están dando los centros de salud, nos enfrentamos a una gran cantidad de emociones, que oscilaron entre la frustración, la preocupación y la molestia, hasta la empatía y una sensación gratificante por el hecho de escuchar a los entrevistados desahogarse de sus problemáticas cotidianas. Esta dimensión subjetiva es imposible de eliminar del trabajo de campo, ya que los sentimientos y emociones son inseparables de la vida de los investigadores que salen al terreno. Como lo hemos señalado antes, en este caso no censuramos los elementos subjetivos de nuestra práctica, sino que los registramos en una sección específica de los diarios de campo y los convertimos en intuiciones que guiaron ciertas preguntas y observaciones. Así, pudimos aventurar algunas hipótesis sobre la realidad que estábamos observando. En este sentido, nuestras emociones y vivencias cotidianas con los profesionales de la salud que nos acompañaron, así como con las personas adultas mayores y cuidadores conocidos durante el trabajo de campo, hicieron parte fundamental del proceso de investigación.

## CAPÍTULO III

### LAS VIOLENCIAS HACIA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

*"La no violencia es el método de dignidad no sólo contra el otro sino también para mí, porque se consigue una dignidad mutua"*

*Galtung*

#### III. Introducción

La violencia familiar en general y la que sufren las personas adultas mayores en particular, ha sido descrita como un problema oculto, que se vive en silencio. Las definiciones e interpretaciones que se han hecho de este fenómeno pueden estar en contradicción o ser insuficientes con respecto a lo que piensan y viven las personas adultas mayores y, a su vez, pueden afectar la eficacia de las acciones a desarrollar para su identificación, atención y prevención por parte de los diferentes profesionales, entre ellos los del sector salud.

Mucho se ha dicho que la violencia hacia las personas adultas mayores es un fenómeno multifacético complejo, inserto en diversas escalas (micro, meso, macro) y ámbitos (individuos, familias, grupos, instituciones), situación que ha dado lugar a dificultades en la construcción de un marco teórico y en la elaboración de una definición (Bonnie y Wallace, 2003; Dixon et al, 2010; Harbison et al, 2012). En ausencia de un marco teórico, las definiciones han evolucionado a partir de la observación y han dado lugar a una comprensión del fenómeno, en gran medida, con base en tipologías de conductas observables; es por ello que, cuando se habla de violencia, los resultados se dividen y se encajan –como en una camisa de fuerza- principalmente en cinco tipos de violencia: psicológica, económica, física, negligencia o abuso sexual. Esta clasificación hace que tanto los estudios como las medidas políticas respecto a la violencia tengan un enfoque casi exclusivo en los comportamientos específicos perpetrados por individuos que son identificados como los responsables de estos hechos.

En el presente estudio se parte de concebir la violencia hacia las personas adultas mayores, desde una perspectiva más amplia y compleja, no solo en los obvios –y muy estudiados- casos de provocación y de relaciones de dominación, sino como un conjunto de hechos que perturban el curso normal de las cosas y que al final resultan justificando los propios actos violentos. Es una mirada de la violencia como todo aquello que, siendo evitable, impide, obstaculiza o no facilita el bienestar, el desarrollo humano o el crecimiento de las capacidades potenciales de las personas adultas mayores, así como de sus familiares o personas que brindan apoyo y cuidado.

Se analizará entonces, la violencia hacia las personas adultas mayores a partir de la propuesta del teórico Johan Galtung. Este autor traza el mapa de la violencia con base en un triángulo, donde representa la relación existente entre los tres tipos de violencia que definen su teoría: violencia directa, violencia estructural y violencia cultural. La violencia directa, física y/o verbal, es visible en forma de conductas, es decir, se concreta con comportamientos y responde a actos de violencia. Es importante subrayar que la gran mayoría de estudios realizados tanto en México como en otros países se centran en este tipo de violencia (Gómez, Rodríguez y Krug, 2007; Giraldo y Rosas, 2013; Cooper, Selwood y Livingston, 2008). Por su parte, la violencia cultural y la estructural son referidas como causantes de la violencia directa. Sin embargo, la relación no sigue siendo aún tan directa, sino que se mezclan en una realidad dialéctica y a veces un tanto borrosa (Galtung, 1998).

El objetivo del presente capítulo es analizar la violencia que viven las personas adultas mayores, teniendo en cuenta su contexto espacial y temporal, tratando de incluir todas las partes implicadas, cercanas y distantes, los valores conscientemente sostenidos, los intereses derivados de la posición de cada cual, así como la propia historia del conflicto. Para el logro de este objetivo se tomarán en cuenta las percepciones que las personas adultas mayores y los familiares y/o cuidadores tienen de su relación, sus experiencias y relatos de violencia, sus condiciones de vida, así como, el manejo del cuidado. De igual forma, se tendrá en cuenta la observación de los espacios y de las condiciones de vida, aspectos que fueron parte del trabajo de campo en la

investigación. En este apartado, se podrá distinguir las formas de violencias observadas y narradas por los entrevistados, con el fin de identificar situaciones de riesgo que deberían ser consideradas con mayor atención por parte del personal de salud que atiende a las personas adultas mayores, tanto en su domicilio como en los centros de salud. Para el cumplimiento de este objetivo se analizaron 129 entrevistas semi-estructuradas realizadas a 80 personas adultas mayores y 49 familiares y/o cuidadores (ver cuadro 3).

**Cuadro 3. Entrevistas realizadas por centro de salud y población objetivo.**

Centro de Salud	Personas adultas mayores			Familiares/cuidadores		
	Programa VMDPV	Centro de Salud	Total	Programa VMDPV	Centro de Salud	Total
Dr. Manuel Pesqueira (Iztacalco)	11	18	29	15	2	17
Dr. Guillermo Román Carrillo (Iztapalapa)	14	13	27	13	1	14
Dr. Rafael Ramírez Suárez (Gustavo A. Madero)	12	12	24	17	1	18
Total	37	43	80	45	4	49

El capítulo para su presentación se dividirá en cuatro partes: en la primera de ellas se identifican algunas de las características del contexto de los hogares visitados, lo cual aporta un elemento importante para comprender el entorno en que viven las personas adultas mayores. Luego, en un segundo apartado, se abordan las percepciones y experiencias de los familiares y cuidadores respecto a la violencia y se trata de comprender esta situación desde su perspectiva, de acuerdo con sus impresiones, conflictos y emociones. En tercer lugar, se analizan las percepciones y las experiencias de las propias personas adultas mayores sobre el tema. A lo largo del texto, se hace distinción entre dos categorías: las personas adultas mayores dependientes y las personas adultas mayores no dependientes.<sup>34</sup> Por último, se identifican algunas

<sup>34</sup> Al hablar de dependencia, nos referimos a un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria (Consejo Europa,

situaciones de riesgo halladas durante el trabajo de campo sobre la violencia hacia las personas adultas mayores.<sup>35</sup>

### III.1 El contexto

Los lugares visitados en este estudio tienen una característica en común: una mezcla entre lo rural y lo urbano en donde coexisten asentamientos irregulares, barrios densamente poblados, los cuales se esconden en un entramado de vías rápidas de circulación, de líneas del metro y metrobus y de zonas cuya arquitectura poco tiene que ver con la cultura local, es decir, son espacios de fluctuaciones permanentes de personas, informaciones, imágenes, servicios y cosas. En términos generales, son lugares de terribles contrastes. La delegación Iztacalco, por ejemplo, es un espacio de viviendas, fábricas y bodegas que en muchos casos dificultan la movilidad de sus habitantes y genera un sentimiento de inseguridad. En el caso de la delegación Iztapalapa se visitaron viviendas ubicadas en pueblos absorbidos por la ciudad, asimismo, asentamientos irregulares resultado del desarrollo económico moderno que excluye a vastos sectores de la población llevándolos a ubicar sus viviendas en lugares riesgosos, con falta de equipamiento y servicios urbanos, calles sin pavimentar, áreas

---

1998). De igual manera, se entiende que las personas adultas mayores no dependientes son aquellas que pueden realizar la mayoría de las actividades la vida diaria.

<sup>35</sup> Esta parte del presente estudio fue realizada con dos grupos de personas adultas mayores: aquellos que son atendidos en su vivienda por el programa de ADPV, y aquellos que acuden a consulta a los centros de salud. Por tanto, las personas adultas mayores dependientes corresponden, en su mayoría, al primer grupo de participantes, a quienes se visitó en sus hogares; entretanto, las personas adultas mayores no dependientes fueron, en casi todos los casos, aquellas entrevistadas en los tres centros de salud.

Esta distinción entre las personas adultas mayores dependientes y las no dependientes resulta pertinente debido a que, en la literatura sobre el tema, los autores han encontrado una fuerte relación entre dependencia y situaciones de violencia, maltrato y abuso hacia este grupo de edad (Krug et al. 2003). No obstante, dado que la violencia es un fenómeno con diferentes formas y matices, se parte del supuesto de que en la situación de dependencia de la persona adulta mayor intervienen otro tipo de factores que incrementan la vulnerabilidad y generan un ambiente propicio para que se lleve a cabo la violencia. Ejemplo de ello es la ausencia de políticas sociales y sanitarias en apoyo del cuidado que garanticen el bienestar de las personas adultas mayores dependientes y sus cuidadores. Como se mencionó en el capítulo 2, la estrategia metodológica consistió en seleccionar de manera aleatoria a los pacientes adultos mayores que asisten al centro de salud y visitar en su vivienda -según la agenda del profesional- a las personas mayores pertenecientes al programa de ADPV. Se entrevistaron en total 80 personas de 60 y más años de edad (53 mujeres y 27 hombres) y 49 familiares/cuidadores (38 mujeres y 11 hombres).

completas que carecen de agua potable, con altos niveles de delincuencia, entre otros aspectos. De igual forma, en la delegación Gustavo A. Madero existen zonas industriales altamente contaminadas, pobres, descuidadas y sin servicios. Las viviendas que se visitaron se encontraban en lugares peligrosos, donde hay una ausencia de vigilancia policial, de servicios y transporte, en algunos casos las viviendas están ubicadas en barrancas lo cual complica la vida de sus habitantes en general y de las personas adultas mayores en particular.

Diversos estudios han documentado las grandes contradicciones entre la modernidad y la marginalidad de la ciudad de México y de la Zona Metropolitana (Pansters y Castillo, 2007; Graizbord y Acuña, 2007; Damian, 2010; Ejea, 2014), considerándola como un espacio complejo, con una división desigual y reforzada por políticas de desarrollo urbano que han continuado favoreciendo ciertas zonas de la ciudad (Alba, 2006). Estos contrastes estuvieron muy presentes en las tres delegaciones en las cuales se encuentran los centros de salud que formaron parte del presente estudio. A pesar de que los centros de salud se encuentran en lugares relativamente de fácil acceso, la estructura de las delegaciones y del área que cubre el centro de salud, representa en algunas ocasiones un obstáculo importante para que las personas adultas mayores puedan movilizarse hacia estos servicios y hacia otros que resultan fundamentales en su vida cotidiana.

Sumado a esta problemática del contexto en que se vive se encuentra la situación familiar e individual de las personas adultas mayores, quienes en su mayoría carecen de seguridad social y sólo cuentan con la afiliación al Seguro Popular del Distrito Federal<sup>36</sup>. Por tanto, provienen de hogares con grandes carencias económicas. La mayor parte de los cuidadores y personas adultas mayores entrevistadas trabajan o han trabajado en empleos informales. Muy pocos de ellos cuentan con pensiones

---

<sup>36</sup>Definido como “un sistema de aseguramiento público y voluntario, mediante el cual se busca ampliar la cobertura de servicios de salud para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social”. “Sistema de Protección Social en Salud del DF”, [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro\\_popular/index/segpop.php](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/segpop.php), consultado el 30 de mayo de 2015.



contributivas y, por ello, las ayudas económicas que brinda el gobierno por medio de tarjetas de despensa y de dinero son indispensables para su subsistencia.

La violencia se manifiesta tanto en los espacios de la vida privada como en los de la vida pública, la inseguridad fue un problema constante en estos contextos. En la delegación Iztacalco, por ejemplo, una de las cuidadoras entrevistadas contó que ha sufrido agresiones físicas por parte de sus vecinos y que cree que hay una pretensión de despojarla a ella y a su mamá de una parte del terreno donde su familia construyó su casa. En Iztapalapa, durante las caminatas hacia las viviendas que atiende el programa de ADPV, fue común observar habitantes de calle bajo la influencia del alcohol y las drogas y, tanto los entrevistados como el personal de salud, advirtieron sobre la inseguridad de ciertas colonias de la zona. Entretanto, en la delegación Gustavo A. Madero, se visitaron barrios periféricos muy pobres y con fuertes problemáticas sociales, a los cuales las profesionales del programa de ADPV asisten con temor por su seguridad.

La mayoría de las personas adultas mayores participantes en el estudio habitan en viviendas familiares, con una parte de su familia extensa, convivencia relacionada con diversos conflictos que, en ocasiones, derivan en prácticas de violencia. De esta situación se pudo dar cuenta incluso entre las personas adultas mayores no dependientes, entrevistadas en los centros de salud. Otra característica importante de las viviendas visitadas es que muchas de ellas tienen carencias en su infraestructura, por ejemplo, ausencia de baños en las zonas donde habitan las personas adultas mayores, accesos difíciles, cuartos con problemas estructurales como humedad o goteras, espacios compartidos como la habitación y la cocina en un mismo lugar, hacinamiento, entre otras. Aunque esta situación no fue generalizada, sí pudo ser constatada en buena parte de las viviendas visitadas.

La inseguridad y la pobreza constituyen la atmosfera en la que invariablemente transcurre la historia de la mayoría de las personas que participaron en este estudio, no sólo las personas adultas mayores, sino sus familiares. Esta precariedad social

determina condiciones hostiles para la atención a la persona adulta mayor, ya que la escasez o ausencia de recursos económicos que permitan un cuidado adecuado, la carencia de viviendas en condiciones aptas de higiene e infraestructura, la ausencia de servicios de agua, gas, así como apoyo para el cuidador de la persona adulta mayor, entre otros aspectos, conlleva a una convivencia cotidiana tensa y en difíciles condiciones entre los miembros de la familia.

### **III.2 Las violencias: una mirada desde los familiares y cuidadores**

En coherencia con la propuesta analítica que se ha planteado en el presente estudio, para entender la violencia hacia las personas adultas mayores en el ámbito familiar se parte de la idea base planteada por Galtung (2003) de que la complejidad humana requiere respuestas igualmente complejas, en ese entender no hay una sola historia, sino historias. El autor señala que las relaciones humanas son complejas donde interactúa la dotación genética del individuo, su propia actividad, sus oportunidades de aprendizaje, el medio social y cultural en que está inmerso y sus relaciones afectivas y motivaciones (Galtung, 2003).

Por lo anterior contar con la visión de las personas, ya sea en su papel de familiar o cuidador, permite tener una mirada del problema desde otra perspectiva, en el caso de los familiares/cuidadores que ejercen violencia directa, posiblemente se encontrarán situaciones de violencia estructural y cultural que están incidiendo para que ésta ocurra. La falta de servicios formales de salud y sociales, tales como de enfermería, terapia, psicología a domicilio, los apoyos económicos tanto para la persona adulta mayor como para el cuidador como parte del trabajo que realiza, capacitación y asesoría para el cuidador en cuanto a la enfermedad de la persona adulta mayor, entre otros, son un buen ejemplo de posibles factores. Todos estos son elementos fundamentales para mejorar la situación de la persona adulta mayor y del cuidador, lo cual va a incidir en las relaciones y en el bienestar de ambos.

La violencia intrafamiliar es aún un tema tabú, del cual resulta difícil hablar de manera directa debido a las aprehensiones, emociones y miedos que genera. Tampoco resulta fácil referirse a ella cuando quien habla es su perpetrador, real o potencial. A pesar de ello, en parte de las entrevistas realizadas a los familiares y cuidadores surgieron relatos de violencia, contados de manera abierta por quienes la han ejercido en contra de la persona adulta mayor bajo su cuidado. Para recolectar dichos testimonios, la guía de preguntas utilizada durante el trabajo de campo contó con una sección dedicada a la experiencia de violencia, la cual fue ubicada estratégicamente al final, esperando que conforme avanzara la entrevista se fuera configurando un ambiente de confianza. Así, después de conversar sobre temas relacionados con la institución, las percepciones sobre la vejez, las relaciones familiares y las ideas sobre la violencia, se indagó de manera directa sobre las prácticas de violencia ejercidas por los cuidadores entrevistados. Cuando los entrevistados respondieron de manera negativa al primer cuestionamiento sobre si habían ejercido la violencia, se les preguntaba sobre algún conflicto familiar (véase anexo 3). En los casos en los cuales los entrevistados habían referido conflictos en la sección sobre las relaciones familiares, se retomó dicha información para indagar de manera puntual sobre esas situaciones.

### **III.2.1 La designación de los cuidadores: porque quiero o porque me tocó!**

En muchas ocasiones ser anciano y enfermo es ser doblemente dependiente. El envejecimiento implica una disminución de las potencialidades y de la funcionalidad orgánica, pero especialmente la pérdida del estatus social propio del ser productivo y autónomo, lo cual lo lleva a convertirse en un sujeto socialmente incompleto (Minkler y Cole, 1991:42). Ambas situaciones, tanto la orgánica como la social producen dependencia, de ahí la importancia del apoyo familiar y del cuidado para la supervivencia de la persona adulta mayor.

El apoyo social informal es un factor determinante en la vejez. El apoyo familiar ya sea emocional, económico, o incluso para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, reduce el impacto de los acontecimientos negativos en el bienestar de las personas

mayores y posibilita la expresión plena de su capacidad intrínseca. En los cuidados informales, entran en juego los conceptos de obligación filial y solidaridad intergeneracional. Mientras que la obligación filial establece como norma social la obligación que tienen los hijos adultos y su compromiso a respetar y cuidar a sus padres cuando sean mayores; la reciprocidad o solidaridad intergeneracional se refiere a la cohesión social entre generaciones (Bengtson y Roberts, 1991; Roberts y Bengtson, 1990; Silverstein, Gans y Yang, 2006).

Debido a las carencias económicas, en los hogares visitados no es común que se recurra a contratar servicios de cuidado remunerados para atender a las personas adultas mayores. Por esta razón, toda la asistencia recae en los miembros de la familia. En general, los cuidadores entrevistados tienen algún grado de parentesco por consanguinidad o afinidad con la persona adulta mayor, y una parte de ellos sobrepasan los 60 años (20 personas), situación que lleva a relativizar las nociones de familiar/cuidador y adulto mayor.

El cuidado ha sido reconocido como un “trabajo”, por el cual no se recibe remuneración económica la gran mayoría de las veces cuando es realizado por un familiar. La decisión de cuidar no es un acto individual aislado sino que se decide dentro de un contexto social y familiar particular. Hoy día se asegura que los principales cuidadores son mujeres y que existe una particular preferencia para que sean ellas y no ellos los encargados de esta tarea (Robles, 2001). Según la autora a partir de la revisión de diversos estudios, esta preferencia va acompañada por circunstancias contextuales que permiten o exoneran a algunos integrantes de la familia para asumir dicha responsabilidad. En el presente estudio se encontró que efectivamente hay una preferencia en cuanto a que la mujer en su calidad de esposa, hermana, hija, nuera, sobrina, etc. sea la encargada de cuidar a la persona adulta mayor, dicha situación reproduce un fenómeno ya conocido en la literatura denominado la feminización del cuidado.

Uno de los procesos por los cuales se designa a un cuidador entre familiares tiene que ver, por un lado, con el estado civil y con tener descendencia y, por otro, contar con otros familiares que vivan en el mismo lugar. Si el hombre cuenta con pareja, generalmente esta es una designación velada por el propio adulto mayor hacia su esposa, aun cuando estén separados en cuerpo, es decir, aunque vivan en el mismo domicilio pero no comparten el mismo cuarto para dormir. Cuidar al esposo se ve como una conducta más permisible y de obligación debido a la existencia de una relación conyugal entre ellos, como en el caso de Hortensia (69 años), cuando su cuñada fue la que decidió que el cuidado del adulto mayor debía estar a cargo de su esposa:

Entrevistadora: ¿Por qué razones asumió el cuidado de su esposo?

Cuidadora: Porque no tiene quien, sus familiares hermanos y eso tienen sus obligaciones y pues no, ora sí que me echan la bolita a mí porque la verdad yo soy su esposa y yo lo tengo que cuidar.

Entrevistadora: ¿Quién le dice eso?

Cuidadora: Tengo una cuñada que hasta me dice que le tengo que dar de comer pero en si nunca he recibido una ayuda de nada y yo pues la verdad no tengo, yo ahora si le doy lo que puedo lo que mis hijos me ayuda [lagrimas].<sup>37</sup>

El que el conyugue (hombre o mujer) asuma el cuidado, en muchos casos se ve como una obligación “moral”, como una responsabilidad. Generalmente fueron las mujeres las que así lo vieron, una adulta mayor de 72 años, mencionó: “Pues porque es mi esposo, bueno aunque no seamos casados, estamos en unión libre, es mi marido y yo me siento responsable de él, tengo que cuidarlo, si no lo cuido yo ¿Quién?”<sup>38</sup>. Aunado a esta situación está el hecho de que algunas mujeres cuidan a su pareja por mantener una imagen con sus hijos, una mujer de 65 años dijo: “Pues lo cuido por lo mismo que es mi pareja y luego por mis hijos. No quiero darles mal ejemplo, es por eso, pero si por mí fuera ya lo hubiera dejado ahí y ya me hubiera ido lejos, así sin que mis hijos supieran, de coraje, de sentimiento”<sup>39</sup>.

---

<sup>37</sup> Entrevista D-FC-07-24-10-14.

<sup>38</sup> Entrevista N-FC-09-07-11-14.

<sup>39</sup> Entrevista L-FC-07-24-11-14.

El tema de la responsabilidad también se ve reflejado en la relación padre-hijo en donde los hijos consideran que cuidar a sus padres es una obligación filial, Isabel (41 años) comentó “Siento que como hija es mi responsabilidad cuidar a mi papá”.<sup>40</sup>

La decisión de cuidar a una persona adulta mayor, la mayoría de las veces no es negociada ni planeada por los hijos u otros familiares. El caso de Guadalupe (55 años, soltera) es un buen ejemplo. Ella no decidió sino que las circunstancias se dieron para que fuera la cuidadora de sus padres:

Fueron, son las circunstancias, o sea, uno no decide, voy a cuidar a mis padres. En el 95 mi mamá empezó a tener problemas de glaucoma, yo en ese entonces tenía poder adquisitivo y la llevé a Conde de Valencia, hasta hace dos años que la empezó a tratar el doctor, tiene catarata y la tienen que operar... (Habla sobre los padecimientos de salud de su papá)... No son decisiones en el momento, usted no decide voy a cuidar a mis papás, en ese momento mi papá enfermo, mi mamá empezó a declinar de su salud, porque cuando mi papá está enfermo yo lo cuidaba de noche y ella lo cuidaba de día, entonces son tensiones muy fuertes, siempre que broncas en la casa, no nos llevábamos aparentemente mi mamá y yo bien, por choques generacionales, pero siempre las dos somos las que estamos ahí solucionando el problema, con gritos y sombreroazos pero estamos las dos. Entonces yo no decidí a futuro cuidar a mi mamá, porque cuando yo tenía trabajo dije yo me jubilo, tengo una pensión y cuido a mis padres... Pero son situaciones, son eventos que usted tiene que decidir en el momento, nada más.<sup>41</sup>

Son diversas y complejas las situaciones que conllevan a un hijo(a) a asumir el cuidado de sus padres. Por ejemplo un hombre de 52 años, cuenta:

“Pues porque desde un inicio todos se casaron, todos agarraron su pareja, hicieron su familia y se olvidaron de mamá, entonces ha transcurrido el tiempo y pues yo me lastime de mi cuerpo, entonces me diagnosticaron en Neurología neuromuscular degenerativo por lo que me lastimé se ha ido internamente mi cuerpo descomponiendo nervios y músculos, entonces me quedé con mi mamá y al quedarme todos se hicieron a un lado”.<sup>42</sup>

En el presente estudio fue interesante encontrar que los hijos hoy en día también se están involucrando en la actividad del cuidado de sus padres. Las razones por las que ellos lo hacen son muy similares a las que dan las mujeres, a pesar de la buena disposición que parecieran tener frente al cuidado, en los discursos se pudo evidenciar

---

<sup>40</sup> Entrevista N-FC-02-13-10-14.

<sup>41</sup> Entrevista N-FC-05-16-10-14.

<sup>42</sup> Entrevista L-FC-02-14-10-14.

un alto grado de frustración y dificultad en las tareas que muchas veces tienen que ser dirigidas por la misma persona mayor.

El cuidado también recae en otros familiares como los hermanos de las personas mayores, quienes en ocasiones no quieren ser cuidadores por diversas razones.

Martha (86 años) es cuidadora de su hermano y comentó al respecto:

Porque de los cuatro hijos que tiene nadie quiere saber de él. Nadie, y así categóricamente me lo dicen, dicen “yo estoy trabajando”, bueno y yo qué diría? ¡que estoy durmiendo! o ¿qué? Yo no tengo ninguna obligación ya, mi esposo ya se murió. Hijos cada uno hace su vida, como la tiene que hacer y punto. Sólo quedo yo sola ¿no? Soy responsable de mí y no de él, sin embargo él tiene una hija que es enfermera. Jorge habló con ella: Mira de tu papá, y ella dijo: a mí no me digas nada y así son los cuatro.<sup>43</sup>

Aunque en el discurso, la mayor parte de los familiares y cuidadores valoran de manera positiva el hecho de cuidar a una persona adulta mayor, dado que es algo adecuado o correcto de acuerdo con los valores familiares, tales como respetar a los padres o “devolverles” lo que hicieron por ellos en la infancia, en la práctica resulta muy difícil actuar de acuerdo con las mismas valoraciones. En este sentido, el cuidado de la persona adulta mayor llega a ser concebido como un deber, sobre el cual no queda otra alternativa.

En esta parte sería bueno ejemplificar si existe algún otro tipo de miembros que pueda ser cuidador como primos, sobrinos etc., o reflexionar un poco sobre el papel de esos otros familiares o su ausencia en el cuidado

En términos generales, la designación o autodesignación del cuidador está inmersa en una red compleja de situaciones, circunstancia y emociones, en donde el cuidador tiene que debatirse entre sus proyectos personales y la responsabilidad del cuidado, entre sus rutinas y las nuevas que exige el cuidado de la persona adulta mayor. Todas las situaciones pasadas y presentes en la vida de estas personas se configuran para establecer un tipo específico de relación entre cuidador y persona adulta mayor, la cual

---

<sup>43</sup> Entrevista N-FC-04-15-10-14.

se ve afectada por el contexto, el ambiente familiar y los recursos económicos, sociales, familiares, entre otros. En el cuidado y su relación con la violencia, intervienen situaciones individuales, relacionales y estructurales.

### **III.2.2 Relaciones familiares**

Con base en investigaciones previas, el medio ambiente de la familia ha sido identificado como un factor clave en la comprensión de la etiología y el mantenimiento de la violencia hacia las personas adultas mayores (Doumas, Margolin y John, 1994; Alonso y Castellanos, 2006). Un término que se ha utilizado para comprender este problema es el de la transmisión intergeneracional de la violencia, que supone que el comportamiento violento es un método aprendido como medio para expresar la ira y la frustración (Wolf y Pillemer, 1989). Algunas situaciones de violencia podrían ser una consecuencia de violencia inversa, es decir, situaciones donde el posible responsable de la violencia directa actual fue, en el pasado, la posible víctima de maltrato infantil o de violencia de pareja a manos de la persona adulta mayor que está siendo maltratada (Ansello, 1996) o donde la violencia ha llegado a ser aceptada como norma dentro de la historia de esa relación (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

Lo anterior resulta relevante para seguir avanzando en la comprensión de este fenómeno y en el planteamiento de propuestas de soluciones al conflicto que están viviendo las familias. Ante este estado de las cosas, es de nueva cuenta Galtung (1998) quien aporta elementos explicativos cuando menciona que para manejar la complejidad de la situación «después de la violencia» se requiere de diversas acciones como sanar heridas de diversos tipos, cerrar los ciclos de violencia, reconciliar a las partes consigo mismas, mutuamente y con cualquier otra fuerza superior que pueda haber. En este sentido, algunos de los cuidadores comentaron sobre la dificultad que implicaba cuidar a la persona adulta mayor debido a situaciones de violencia vividas en etapas previas, una cuidadora de 62 años, comentó al respecto sobre su esposo:

“...yo lo baño, no lo cuido como debe de ser porque yo sufrí mucho con él de chica, él me maltrataba mucho, él me golpeaba y a mí se me hinchaba el cuerpo, entonces pues o sea,



como que quedó algo en mí, pues yo lo hago, antes discutíamos mucho, bastante, pero dije un día ay no, discutimos mucho, pues ya mejor voy a ser concha, pero como que eso como que hace daño...”<sup>44</sup>.

La violencia, según la describieron varias mujeres cuidadoras, es una forma de defenderse de las agresiones verbales o físicas de su pareja. En estos casos, la violencia ha hecho parte de la relación conyugal desde mucho tiempo atrás. Por ejemplo una cuidadora de 65 años, cuenta:

La violencia es una cosa muy mal, muy triste también a la vez porque si tengo coraje con él y si no me contesta y si luego me altera los nervios y como cuando él me maldice, me dice groserías, maldiciones, con ganas de agarrarlo y darle, tú no me digas esto y esto. Si ha habido ocasiones cuando si me ha querido pegar, como cuando agarra la escoba y que me va a dar, le digo: “Ah órale”, entonces yo agarro el matamoscas, le digo: “Tú me das con la escoba y yo te doy un matamoscazo, porque yo no voy a dejar que me estés pegando, estás como estás y todavía te atreves a pegarme”, entonces quiere decir que tú sí estás bien, que no estás enfermo, porque si no estuvieras enfermo yo no tengo por qué maltratar a mi pareja. Entonces si estás bien, le digo, “por qué agarras la escoba y me vas a pegar?”, entonces no, le digo: “eres muy grosero conmigo”, entonces eso me hace agarrarlo y darle bien.

Entrevistadora: ¿Usted le ha pegado?

Cuidadora: Si, pero no me gusta la violencia, a mí no me gusta...”<sup>45</sup>

De estas historias de violencia también dan cuenta las hijas. Uno de los casos más complejos fue el de una cuidadora que manifestó sentir rechazo hacia su mamá, una adulta mayor invidente. Tal rechazo se reflejó en actitudes como no dejarse tocar ni tolerar su cercanía. En este sentido la hija comentó: “nunca la he golpeado, nunca le he puesto la mano encima para dañarla físicamente o moralmente, simplemente como ‘quítate, no me toques’, no soporto que me toque, eso era hasta hace un año, no toleraba que me tocara, no toleraba tenerla aquí cerca”.<sup>46</sup> Esta cuidadora explicó que tiene un antecedente de abuso sexual propiciado y consentido por su mamá, lo cual le ha ocasionado depresión e intentos suicidas.

---

<sup>44</sup> Entrevista N-FC-08-06-11-14.

<sup>45</sup> Entrevista L-FC-07-24-11-14.

<sup>46</sup> Entrevista D-FC-05-16-10-14.

Otra cuidadora que admitió gritar a su mamá, contó que “[...] en su juventud, cuando ella [su mamá] podía, yo nunca tuve un cariño de ella, un apapacho, un mijita, un mi amor [...]”. Ante esta revelación, la entrevistadora le preguntó:

¿Y usted siente algún resentimiento por esa situación?

Cuidadora: La verdad, sí.

Entrevistadora: ¿Y se lo ha platicado a alguien?

Cuidadora: Sí. [...]A mi mamá se lo he dicho y a la nuera, porque luego me dice: “es que usted se pone muy enérgica con su mamá”, le digo, “es que tú no sabes, yo no tuve un apapacho de ella, yo como un animalito, me echaron al mundo y así me quedé [...]”.<sup>47</sup>

La adulta mayor, madre de la entrevistada, relató que tiene una relación conflictiva con su hija y que ha vivido formas de violencia directa, tales como aventones a la cama y gritos. Persisten entonces sentimientos de frustración, por lo que han sido las historias familiares, que se manifiestan en la actitud del cuidador hacia la persona adulta mayor.

Se encontró como en diversos casos los cuidadores que reconocieron haber ejercido violencia hacia la persona adulta mayor, utilizaron situaciones de violencia que vivieron en el pasado para justificar sus comportamientos en la actualidad, los cuidadores se concibieron como víctimas de la persona adulta mayor, quien en etapas previas de la vida ejerció la violencia en su contra. Así, la violencia hacia la persona adulta mayor fue relacionada de manera directa con el maltrato ejercido por parte del adulto mayor en su juventud, en su rol de padre o de pareja. Al respecto, una cuidadora dijo: “cuando a mí me lo hicieron [pegarle], mi mamá no sabía que eso era violencia familiar y así la educaron, pero mi desventaja o mi ventaja es de que yo sé que eso está mal”. Al preguntarle de manera directa si consideraba que había cometido alguna acción violenta en contra de su mamá, esta cuidadora respondió:

Sí. Si, la quiero tratar como ella me trató cuando yo era pequeña, decirle “te voy a dar tu nalgadita”, ¿sí? Que no se la--- bueno, sí se la doy jugando, o sea así, por ejemplo se hizo pipí, le ganó en una ocasión, se mojó porque no se pudo desamarrar esto, entonces subí a comprar pants y todo eso [...], entonces mamá, cámbiate esto, esto, agárrate de mí lomito, porque no fue aquí en la casa, fue en el hospital [...], y luego ya saliendo, “te voy a dar tus nalgaditas”, pero así ella nos educó, cuando éramos chiquitas y nos ganaba, nos daba, que nos gustara o no nos gustara, que era violencia o no era violencia, en ese tiempo no se

---

<sup>47</sup> Entrevista N-FC-17-03-12-14.

daba eso, pero ahorita yo sé que eso puede ser la puerta abierta para sí darle sus nalgaditas, ¿sí?<sup>48</sup>

En términos generales, se encontró que cuando en la familia se dieron situaciones de violencia en las diferentes etapas del ciclo familiar, el daño estaba latente y las heridas no habían sido reparadas. Aun cuando había transcurrido mucho tiempo, la violencia se había convertido en una constante en las relaciones familiares, lo único que cambiaba era el agresor y el agredido. Por esta razón, resulta indispensable que los servicios de salud brinden apoyo profesional para cerrar los ciclos de violencia y garantizar que el cuidado de las personas adultas mayores se dé en un ambiente libre de violencia.

### **III.2.3 La violencia directa desde los familiares y/o cuidadores**

En los hogares visitados, la violencia parece ser una experiencia cotidiana. Así, pese a la dificultad de abordar un tema tan complejo como lo es el de la violencia, en ocasiones las entrevistas se convirtieron en espacios terapéuticos, en los cuales los cuidadores se desahogaron de sus sentimientos de culpa y de frustración. Es de destacar que los testimonios de los cuidadores sobre la violencia no fueron tan amplios como cuando se relataron desde el punto de vista de las personas adultas mayores entrevistadas, ya que el abanico de formas de violencia directa se amplía de manera significativa. En esta medida, aunque los familiares y cuidadores platicaron de forma abierta sobre algunas experiencias de violencia, es muy probable que sus testimonios documenten una proporción muy baja de las situaciones de maltrato que realmente ocurren.

Las conductas de violencia directa que admitieron ejercer los cuidadores entrevistados fueron: gritar o “hablarle fuerte” a la persona adulta mayor, darle apretones y jalones durante la ayuda, golpearla, pellizcarla, pelearse con ella, enojarse (por desacuerdos sobre la comida, el aseo personal o porque no “hace caso”), amenazarla, insultarla, regañarla, andar “malencarado”, “contestarle” de manera fuerte o agresiva a sus

---

<sup>48</sup> Entrevista N-FC-05-16-10-14.

demandas, dejarla sola, ignorarla, dejarle de hablar, no brindarle ayuda en sus necesidades diarias (tales como comer o ir al baño), decirle que se vaya de la casa y agarrarla por la fuerza porque no se deja cambiar el pañal.

De estas formas de violencia directa, la que los cuidadores reconocieron con más frecuencia fueron los gritos, que según relataron, ocurren cuando la persona adulta mayor “no hace caso” o no “obedece”, cuando no quiere comer o asearse o cuando no acata las precauciones que el cuidador le dice (por ejemplo, no hacer quehaceres domésticos por riesgo de sufrir un accidente). Una cuidadora -de quien se debe destacar que es una adulta mayor (73 años) tiene a su cargo a dos adultos mayores, ella comentó “Yo me enojo con ellos cuando ellos no quieren, por decir, por ejemplo Alejandro, ‘es que no me quiero bañar’, ‘no, te tienes que bañar’ o ‘te bañas o te bañas’, o sea, esa es mi agresión mía y don Francisco por lo mismo también luego no oye...”. Al preguntarle si siente algún arrepentimiento por algo que haya hecho durante el cuidado, la entrevistada respondió que sí, “porque luego les digo ay, pobrecito, ya le grite muy feo y no se lo merece”.<sup>49</sup>

Los gritos, el enojo, el dejar de hablarle, generalmente no son asumidos como violencia o maltrato, por ejemplo una cuidadora de 57 años, comentó “Si, por que a veces me desespero y si les grito, más a mi mamá, si le he gritado, que me desespero y si le he llegado a gritar, a mi papa algunas ocasiones, pero únicamente eso, que si he llegado a gritar, pero de maltratarlos, no”.<sup>50</sup> Un hijo cuidador de 64 años, cuando se le preguntó si había ejercido violencia hacia su mamá respondió “No, bueno físicamente no, a veces este, a veces me enojo y luego ya no le hablo en un rato, pero es pasajero”.<sup>51</sup>

Con base en los relatos, pero más en la observación, se encontró que uno de los tipos de violencia más frecuentes tiene que ver con el abuso económico, el cual representa todo un reto su identificación. Es más probable que los cuidadores hablen de violencia psicológica y hasta física que de abuso económico. Este tipo de violencia se ve

---

<sup>49</sup> Entrevista D-FC-20-08-12-14.

<sup>50</sup> Entrevista L-FC-05-04-11-14.

<sup>51</sup> Entrevista D-FC-02-13-10-14.

reflejada en conductas tales como el control de los recursos económicos, la apropiación de inmuebles, la coerción o influencia para cambiar el testamento o firmar escrituras, o el uso de las tarjetas de ayuda sin consentimiento de la persona adulta mayor; no obstante, siempre se refirió a otras personas tales como familiares o conocidos, es decir, no fue una práctica admitida por los cuidadores entrevistados. Esta situación puede estar relacionada con el miedo a perder las ayudas económicas que brinda el gobierno, o con temor a que dicha situación sea informada a las autoridades. Por ejemplo, una cuidadora comentó:

Entrevistadora: ¿No sabe si su mamá arreglo las escrituras para que esta propiedad quede a otro nombre?

Cuidadora: Ay, no sé, creo que había arreglado, mi hermano es el que es más abusivo, que no sé, eh, porque creo que la volvió a llevar al notario y de ahí no supe más.<sup>52</sup>

La apropiación indebida del inmueble ha ocasionado que las personas adultas mayores ocupen los lugares en mayor mal estado dentro de la vivienda, privándolos de espacios fundamentales como la cocina y el baño. Esta apropiación indebida y a la fuerza, en algunas ocasiones se justifica por la existencia de un testamento. Por ejemplo, un hijo menor y cuidador principal (52 años), comentó “Sí, ya hizo testamento, a los 3 hermanos que están allá en partes iguales y los que estamos aquí en partes iguales, pero no dice de dónde adonde le toca a cada uno entonces ahí va haber otro contratiempo”<sup>53</sup> Uno de los principales problemas en este caso tiene que ver con la apropiación del espacio y el pago de los servicios, que ha dejado a la adulta mayor viviendo con su cuidador en un cuarto que utilizan para dormir y preparar sus alimentos.

En términos generales, se puede observar que uno de los mayores conflictos familiares tiene que ver con lo económico, en donde la existencia de la persona adulta mayor representa un obstáculo en los parientes para la apropiación total de los recursos que ésta pudo lograr en el transcurso de su vida.

---

<sup>52</sup> Entrevista D-FC-09-04-11-14.

<sup>53</sup> Entrevista L-FC-02-14-10-14.

La violencia física tampoco se reconoce abiertamente en los relatos de los cuidadores, se oculta de tal forma que, siendo evidente, sobresale otro tipo de acciones respecto a ella. Por ejemplo una cuidadora (55 años) mencionó:

...luego le ayudo yo y no, no me toques, y luego entre esas ayudadas le aprieto y se pone morado, porque ella toma ácido acetilsalicílico, y de repente me dice mira, ay, ¿qué pasó?, ¿te pegaste tú?, no, y ya se hace la enojada [...] Tú me apretaste, veme la espalda como la tengo de morada, y yo la baño, y no tiene morado nada, de repente sí tiene, cuando la apretamos, pero eso ya me dijeron que es por el ácido acetilsalicílico, me dice “tú me pegaste”, no mamá, no digas eso, porque yo sé que tú tienes derecho y tú vas a salubridad y les dices que tú me pegaste y eso y me meten a la cárcel.<sup>54</sup>

Esta misma cuidadora dijo que su mamá es “mentirosita”, pues la ha acusado de maltratarla sin ser verdad.

En algunos casos críticos, los cuidadores se negaron a hablar o a ser grabados. No obstante, las observaciones realizadas al entorno evidenciaron prácticas de violencia, negligencia y abandono, tales como aislar a la persona adulta mayor, recluirlo en zonas alejadas de la casa, mantenerlo en estado de higiene deplorable, no proveer sus medicamentos o amenazarlo para que no se queje de la situación.

Un ejemplo de ello es el de un cuidador quien no permitió ser grabado. Él cuida a su tío, quien vive en condiciones de higiene muy deficientes en un cuarto en la azotea de la casa, al cual se accede por unas escaleras muy pequeñas. En el cuarto hay un bote adaptado como baño. El espacio tiene humedad, goteras y un fuerte olor a orines. El cuidador argumentó que brinda el cuidado que puede a su tío y que no puede comprometerse a ofrecerle más atención. La entrevista al adulto mayor no pudo ser realizada, dado que el trabajo con el cuidador se extendió durante cuatro horas. Al día siguiente, se planeaba regresar a entrevistar al adulto mayor, pero el profesional a cargo del programa de ADPV opinó que no era conveniente continuar el trabajo en este domicilio, debido a que él levantaría, por segunda vez, un reporte a la jurisdicción

---

<sup>54</sup> Entrevista N-FC-05-16-10-14.

para informar de la situación de abandono en la cual se encontraba el adulto mayor; debido a esto no se realizó la entrevista por seguridad del adulto mayor.

Una situación similar fue la de un hijo cuidador de una adulta mayor, uno de los casos más críticos de abandono y negligencia observados durante la investigación. El cuidador se negó a ser entrevistado y argumentó que no puede brindar más cuidados a su mamá, y que tampoco está de acuerdo en comprarle las medicinas que le han recetado para controlar el Parkinson, debido a que éstas son caras y, a su parecer, generan efectos secundarios. Hace algunos meses la adulta mayor fue despojada de su habitación siendo ella dueña de la vivienda, el cuidador comentó al respecto, que lo tuvo que hacer porque su mamá era una “acumuladora compulsiva” y que además no permitía que se sacaran cosas de su habitación, por esta razón la tuvo que llevar al lugar donde se encontraba el día de la entrevista. El espacio donde estaba la adulta mayor era insalubre, no contaba con una cama y dormía en una silla adaptada para ello, había humedad, numerosos objetos acumulados, un recipiente para realizar sus necesidades fisiológicas y además el mismo lugar era utilizado para la preparación de los alimentos.

Entre estos cuidadores, vinculados con actitudes evidentes de negligencia y abandono, se encontró un patrón similar de comportamiento en la entrevista: al pedirles su participación en el estudio, se mostraron incómodos, se negaron a ser grabados y obstruyeron el trabajo de investigación al no permitir la privacidad con la persona adulta mayor.

La mayor parte de los domicilios visitados son viviendas familiares, es decir, en ellas convive la persona adulta mayor con su familia extensa, la cual incluye hermanos, hijos, sobrinos, nietos o bisnietos. No obstante, la convivencia cercana con la familia extensa no implica más atención a los adultos mayores presentes en el hogar. En otras palabras, la existencia de familias numerosas no exime a las personas adultas mayores de sufrir abandono o violencia, ni a sus cuidadores de sentirse sobrecargados. Por el contrario, en varias de las viviendas visitadas, los entrevistados

dieron cuenta de diversos conflictos de convivencia con otros parientes, entre los cuales los más comunes fueron: la falta de apoyo hacia la persona adulta mayor y el cuidador (expresada en comportamientos como no visitarlos, no llamarlos, no contribuir con los gastos para alimentos y medicamentos, no estar atentos a su atención médica y rechazar cualquier responsabilidad con el cuidado), los pleitos por herencias y propiedad e incluso, agresiones físicas o verbales por parte de parientes con dependencia al alcohol y las drogas.

### **III.2.4 La violencia estructural: yo ayudo y quién me ayuda a mí**

Desde hace algunos años se ha venido mencionando la necesidad de que los Estados asuman el envejecimiento y sus consecuencias como un tema prioritario de sus políticas públicas. El aumento de la esperanza de vida y el incremento de la población mayor de 75 años, son fenómenos que, unidos al descenso de la fecundidad y la mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo, implicarán, por un lado, un aumento de la demanda de cuidados en la vejez, y por otro, una disminución de la capacidad de brindar estos apoyos, especialmente para el actor que tradicionalmente ha desempeñado esta función: la familia, y dentro de ella, sobre todo, la mujer (NU, CEPAL, 2009). Como se ha mencionado, el cuidado es una acción encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, en este sentido, la necesidad de cuidado en la vejez es fundamental. Sin embargo, nos encontramos ante una difícil situación ya que el cuidado es un tema que aún no está totalmente incorporado en la agenda de políticas públicas en México y actualmente éste corre más a cargo de las propias familias que de otras redes de asistencia pública o privada. Como se ha visto en el presente análisis, existe una clara relación entre el cuidado y la violencia, la cual se complejiza aún más cuando existe una ausencia de apoyos: económicos, sociales, de salud, de conocimientos, entre otros, que hace de esta actividad una situación verdaderamente difícil para el cuidador. Es evidente que el cuidador se encuentra desprotegido frente a la actividad que realiza. Tres temas sobresalen en las entrevistas con los cuidadores y que tienen que ver con aspectos estructurales que inciden para que no se brinde adecuadamente el cuidado a la



persona adulta mayor y se llegue también a situaciones de maltrato y violencia, estos son: lo económico, la falta de información para el cuidado de la persona adulta mayor, y la sobrecarga del cuidador.

### III.2.4.1 Lo económico

En varios casos se constató que, con el envejecimiento, no sólo la persona adulta mayor es excluida del mercado laboral, sino también su cuidador. La necesidad de atender a la persona adulta mayor durante tiempos prolongados y la poca o nula ayuda de otros familiares, suponen un receso permanente en las actividades productivas del cuidador, lo cual afecta el sostenimiento económico del hogar. Por ejemplo, un hombre cuidador (52 años), es un artesano que dejó de practicar su oficio para cuidar a su mamá, relató que en la actualidad, él y ella sólo viven con una de las tarjetas de ayuda del gobierno del Distrito Federal; por causa de esta situación, afirmó “mi salud se ha ido eliminando por cuestión de atención a mí misma persona”.<sup>55</sup> De igual forma, un cuidador de 60 años, tuvo que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado de su compañera, comentó:

“... dije; unos días dejo de trabajar y pues no!, cuál fue mi... ya vamos para 2 años, iba y venía, iba a trabajar un rato y ya regresaba, hacia nuestra comidita, comíamos y pues... un día en el mercado me caí y luego otra vez aquí y en el mismo lado!!!! en el mismo lado en mi brazo y pues no, no, no puede y luego o como Dios me dio a entender, iba yo a trabajar, pero pues ya llego el momentos que no pude y todavía me truena esto y me doy ánimos para trabajar, pero pues quiero ir a trabajar, pero quien me la atiende, quien me la ve?”<sup>56</sup>

El cuidado viene acompañado de inestabilidad laboral; ante esta situación, algunos entrevistados contaron que reparten su tiempo entre la atención que dan a la persona adulta mayor y trabajos informales como poner puestos de comida en la calle o en un tianguis cercano, vender sándwich, tirar la basura y lavar puestos en el mercado y abrir comercios en el mismo domicilio. Al respecto una cuidadora de 39 años, comentó:

---

<sup>55</sup> Entrevista L-FC-02-14-10-14.

<sup>56</sup> Entrevista L-FC-01-13-10-14.

Soy comerciante, luego vendo comida, trabajo de lo que haya...Pues hay veces que la realizo aquí y hay otra veces que en la esquina, no me voy lejos por lo mismo que la veo, los veo a los dos a mi suegra y a mi suegro, entonces este, como yo me hice cargo hace 18 años no puedo tener un trabajo estable, entonces por decir pongo mis puestos de comida y así, pero cuando ella se enferma, todo se cierra.<sup>57</sup>

En este caso es interesante reflexionar que la cuidadora asumió la responsabilidad desde muy joven, pues por la edad actual y el tiempo que lleva haciéndolo, inició esta labor desde que tenía 21 años. Ello hace suponer que no sólo afectó su vida laboral sino también la personal.

La sensación de desesperación por parte de los cuidadores debido a su contexto socioeconómico se acentúa debido a la ausencia de redes de apoyo familiares. El cuidador explicó la relación entre la falta de asistencia familiar en el cuidado de su mamá y su precaria situación económica:

...yo digo que si cada uno de mis hermanos le dedicaran, a lo mejor haya algunos que no pueden, pero hay sobrinos, hay sobrinas, hay hermanos, o sea, que cada uno de nosotros que nos aplicáramos un día completo hacia ella en todas las actividades y al día siguiente el otro lo retomara, [...] así por ejemplo, yo tendría 5, 6 días para dedicarlos completos a laborar y eso contribuiría más a un apoyo económico, porque aunque yo me encuentro ya mal físicamente todavía vengo laborando para poder tener un dinero para ir sacando los gastos que se me vienen originando.<sup>58</sup>

El apoyo familiar abarca varias esferas de la vida como la económica, instrumental y emocional, el cuidador comenta sobre los hijos de su pareja: “Nooo! nada, mucha ingratitud de parte de su otra hija, no tiene, pero como le vuelvo a repetir, no quiero que le traigan dinero, yo quiero que vengan a verla, una sobada, una peinadita, vengase madre, la meto a bañar, ellas como sus hijas... yo pensé que fueran más compadecidas, porque es su madre, que fueran más humanitarias, más humanitarias con la persona, pero no, ya cuando después vieron que no había nada dejaron de venir...”<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> Entrevista D-FC-13-14-11-14.

<sup>58</sup> Entrevista L-FC-02-14-10-14.

<sup>59</sup> Entrevista L-FC-01-13-10-14.

El apoyo social, en este caso particular, también se manifiesta como una forma de violencia estructural, debido a la situación en la que se encuentra esta pareja de adultos mayores en donde el hombre es el cuidador de la adulta mayor que sufrió un derrame cerebral y quedó con parálisis total, el cuidador tuvo que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado de su compañera quedándose sin recursos económico y viviendo de un apoyo que le dan a la adulta mayor por su discapacidad. El médico encargado del programa de ADPV junto con trabajo social del Centro de Salud, realizaron un trámite ante el Comedor Comunitario de la localidad para que se le diera un desayuno y una comida diaria al cuidador para que fuera suministrado a la adulta mayor con discapacidad, sin embargo, comenta el cuidador que todos los días lo dejan hasta lo último para darle los alimentos debido a que no paga por este servicio.

Es aquí donde de nueva cuenta las políticas públicas y los programas sociales encaminados a este sector de la población, deberían estar más ajustados a las realidades que viven las personas adultas mayores.

#### **III.2.4.2 Falta de información para brindar el cuidado**

El cuidado como cualquier otra actividad encaminada a proteger la supervivencia de las personas requiere de conocimientos y habilidades. En el caso particular de las personas adultas mayores dependientes, el cuidado es más complejo en la medida que intervienen variables relacionadas con la salud física y mental, así como, con situaciones sociales y culturales. Por ejemplo, la demencia es una enfermedad que afecta tanto al paciente como a la familia y en particular al cuidador, que es la persona que dentro de ella, asume la mayor responsabilidad en el cuidado. La información, capacitación y entrenamiento en técnicas para el manejo y control de la enfermedad y del mismo proceso de envejecimiento, así como, el apoyo emocional, son aspectos que mejoran la calidad del cuidado al paciente y reducen la carga del cuidador.

La falta de información sobre la enfermedad y las consecuencias derivadas de ésta, hace que en algunas ocasiones los cuidadores se sientan enojados y agraviados por

lo que hace la persona adulta mayor, pues no comprenden lo que pasa. Un ejemplo de esta situación tiene que ver con la incontinencia, la cual es vista por algunos cuidadores como amenazas de la persona adulta mayor en su contra; por tanto, justifican algunas conductas violentas. Una cuidadora de 77 años, que asiste a su prima hermana quien tiene un problema cognitivo y de comunicación de nacimiento, manifestó:

Entrevistadora: ¿Son muy frecuentes esas situaciones [los conflictos]?

Cuidadora: Sólo cuando hace las cochinas [orinar y defecar], y agarra y dice, le digo “pues ahora tú ándale, vas a limpiar”, “no, yo no”, porque entonces luego, luego me respinga, dígame si no se va uno a enojar...<sup>60</sup>

Una mujer de 47 años, cuida a su hermana mayor; ella piensa que su discapacidad e incontinencia se debe a su falta de voluntad y se muestra cansada y desesperada; por ello, dice, que le ha gritado y le ha dado pellizcos. Silvia fue una de las cuidadoras que reconoció abiertamente haber ejercido violencia:

Pues que te digo, que me desespera de que está en su actitud tan negativa y lo que te platicaba de que yo digo, “estás con la cama mojada y no la sientes”, pero curiosamente te pasa uno la fibra, la toallita, la esponja húmeda pero no la puse en lo calentito y eso sí lo sientes y hasta te quejas, entonces así digo yo, “de qué se trata”, o por ejemplo está sucia y no lo siente, le dice uno, “Chacha, es que te ensuciaste, está sucia la cama”, no, no es cierto, “¿ah, no es cierto?” “Estoy viendo, ¿no es cierto?”, *esas cosas desesperan y yo particularmente con ella la pellizcaba*, y grita, digo, cómo eso sí lo sientes y la suciedad ni la sientes, es lo que te digo, es impotencia de que yo digo, de qué se trata ella, *¿me está viendo la cara o qué?*, la suciedad está en la cama toda sucia, maloliente y no lo siente, me lo niega, dice que no es cierto, le doy un pellizquito y luego brinca, digo, “¿de qué se trata?”, esas son las alteraciones que he tenido yo con ella. Afortunadamente, últimamente creo que ella está algo cooperativa porque le han..., la doctora trajo una psicóloga, yo creo que sí le ha servido bastante, la verdad sí, porque antes era que apenas la bañaba uno y luego, luego la cama sucia, mal, digo, tampoco puede estar uno, debería, no lo hacemos, pero procurándole en ese aspecto, tratamos, la procuramos lo más que se puede pero a veces es cansado, pero pues esa es la verdad lo que yo sí definitivamente sí o hasta palabras que no tengo porque decirle, no tengo yo ningún derecho pero en ira y en mi desesperación, pues sí...<sup>61</sup>

De igual forma otra cuidadora (72 años) comenta:

---

<sup>60</sup> Entrevista N-FC-14-25-11-14.

<sup>61</sup> Entrevista N-FC-15-26-11-14, las cursivas son nuestras.

...Porque hay viejitos que son muy latosos, ay, de plano se pasan, una cosa es estar viejito y enfermo y otra cosa es ser castrante, vaya, hay personas que son castrantes, te fastidian, te aburren, latoso, así es él [su esposo], por que como te digo, estoy comiendo, "llévame al baño", le digo "¿vas a comer tú, o como yo?", "no, pues come tú", luego de repente ya lo ves que está entrando [al baño] y apenas me acabo de servir. Él no era así, pero se ha hecho así, yo digo que es por su enfermedad, pero como le digo: una cosa es que estés enfermo y otra cosa es que seas así, *ahora tampoco me voy a dejar, yo también le digo de cosas, lo insulto*, como te digo, ese día lo que me dijo, porque le dije: te sientas bien y acomódate así y se enoja y me dijo: "nada más por eso te puse los cuernos dos veces". Le digo: "Te voy a matar, te voy a romper tu madre", "ándale, te meten presa", "pero ya muerto cómo vas a declarar, no seas pendejo", le digo.<sup>62</sup>

Esta cuidadora tuvo un accidente en el cual se rompió una rodilla y fue sometida a intervención quirúrgica. El adulto mayor de este hogar había sufrido un año atrás un accidente cerebro vascular que generó parálisis en la mitad de su cuerpo. Aunque presentaba algunas mejorías a partir de la rehabilitación, al momento de la visita seguía estando en silla de ruedas. La cuidadora contó:

...la misma semana que me operaron yo caminé, entonces mis hijas, como él no es su papá, es su padrastro y yo tengo viviendo con él como 30 años, dicen "no, es que ya tiene mucho tiempo y no camina, y cómo tú sí caminaste rápido, y él porque no, que ya le hizo mucho a quién sabe qué [se refiere al alcohol], no, que tiene que caminar", digo "no, es que no puede", luego él se desespera también, se ha hecho muy enojón...<sup>63</sup>

En este caso, la cuidadora y su familia equiparaban la recuperación de una cirugía de rodilla a la de un accidente cerebro vascular. Dado que el adulto mayor no había podido completar su rehabilitación después de este evento, los miembros del hogar lo culpaban por no caminar y demandar asistencia por parte de la cuidadora.

Estas y otras situaciones similares resaltan la importancia de generar acciones estructurales para garantizar el cuidado de las personas adultas mayores, trabajando conjuntamente con los cuidadores que realizan esta actividad, proporcionándoles los conocimientos indispensables que les permitan desarrollar sus funciones de una mejor manera y así contribuir al bienestar de la persona adulta mayor y del propio cuidador.

---

<sup>62</sup> Entrevista N-FC-09-07-11-14, las cursivas son nuestras.

<sup>63</sup> Entrevista N-AM-18-07-11-14.

### **III.2.4.3 Sobrecarga asociada con el cuidado de personas adultas mayores dependientes**

La asistencia al adulto mayor no excluye una serie de obligaciones domésticas tales como cuidar a los hijos o nietos, realizar el quehacer de la vivienda o preparar los alimentos para la familia. Según los relatos de los entrevistados, esta gran cantidad de responsabilidades llega a generar estrés, sentimientos negativos, de desesperación, lo cual puede reflejarse en el trato que brinda el cuidador a la persona adulta mayor. Una hija-cuidadora de 57 años, comentó que ella les grita a sus padres porque se siente desesperada “ya llegué a mi límite y estoy desesperada y les llego a gritar... todo se junta, que en algún momento no tengo el dinero y tengo toda la responsabilidad y ya estoy cansada, por eso llega un momento en el que ya se rebasa todo, ¡y ya!, por eso yo creo que es ahí cuando le llego a gritar.”<sup>64</sup>

En la mayor parte de los hogares visitados, el cuidado de la persona adulta mayor ha representado importantes retos económicos, sociales, familiares, emocionales, así como, de la salud física para los cuidadores. Por ello, fue frecuente que los entrevistados se mostraran tristes o en situación de sobrecarga por el cuidado de la personas adulta mayor en situación de dependencia, lo cual se manifestó en que lloraron durante la entrevista o hablaron abiertamente sobre su cansancio o desesperación. Fueron contadas las excepciones en las cuales el cuidador afirmó llevar esta tarea con gusto y tranquilidad.

Fueron varios los sentimientos relacionados con su labor de asistencia a la persona adulta mayor, que señalaron los cuidadores entrevistados: frustración por no poder mejorar su situación, tristeza por su deterioro, impotencia, desmoralización, culpa porque el adulto mayor tiene accidentes o se enferma, cansancio, agotamiento o desmotivación porque la persona mayor no le “echa ganas” a su recuperación. En sus relatos, estos sentimientos fueron asociados con ciertas prácticas de violencia, en especial con los gritos, enojos y peleas. En los casos en los cuales los cuidadores

---

<sup>64</sup> Entrevista L-FC-05-04-11-14.

admitieron haber incurrido en prácticas de violencia, también asociaron esta experiencia con la culpa, el arrepentimiento y el remordimiento. Dado que es común que los cuidadores no cuenten con espacios para desahogarse, asesorarse y pedir orientación sobre estas situaciones, la respuesta de varios de ellos cuando tienen estos sentimientos es pedir perdón a Dios. La culpa también fue asociada a sentimientos relacionados con la muerte de la persona adulta mayor. Sobre esto, un hombre cuidador de 66 años, que asiste a su hermano opinó:

...son pensamientos que luego que está uno batallando con él (el adulto mayor) que haga las cosas [...], muchas veces yo no se lo he dicho [...], no te mueras, sino yo en mi pensamiento luego he dicho “sí, ya Dios se debería de acordar de él por estar batallando”, pero luego yo sí reflexiono y hasta voy a la iglesia y digo “señor, perdóname por mis pensamientos, tú sabes que yo trato de poner todo lo que se pueda, ayúdame y perdóname por estos pensamientos”, y es cuando se arrepiente uno, que son arranques no más...<sup>65</sup>

Es constante la falta de redes de apoyo familiares, con lo que al recaer el cuidado sólo en un miembro de la familia, que probablemente no lo esperaba y que no estaba preparado, éste enfrenta efectos emocionales por sentirse solo, sobrepasado y triste por la situación. Por ejemplo, una hija-cuidadora de su mamá, comentó:

[habla de su mamá] a veces que se enoja, le molesta todo, no la entiendo, tiene sus arranques muy feos. [se le pregunta sobre lo que pasa cuando se pelean] Nada, pues yo *lloro porque pues no la entiendo*, cuando le digo quieres comer esto, no, no me gusta, está salado, yo me siento mal, sí tiene sus cambios muy feos, y como yo la tengo que soportar, yo ya tengo mi casita y todo pero pues dice mi hermano que yo no me voy a ir de aquí hasta que ya, si no ya me hubiera ido yo pero también no la puedo dejar, sí porque yo le hago todo, ella no hace nada, nada, nada, le lavo, le plancho, todo, yo soy la única que ve por ella.<sup>66</sup>

La entrevista con la hija-cuidadora debió ser detenida varias veces, debido a que ella realiza diversas labores en su hogar, tales como cocinar para toda la familia, vender comidas, limpiar la casa y alimentar a los nietos antes y después de la escuela. Ella afirmó que el cuidado de su mamá “está muy duro aquí, bueno, conmigo porque no tengo tiempo ni pa mí”. Durante la entrevista, su mamá intervino en varias ocasiones; después de una media hora, ella salió del domicilio y, en ese momento, fue posible

---

<sup>65</sup> Entrevista D-FC-04-15-10-14.

<sup>66</sup> Entrevista N-FC-10-10-11-14, las cursivas son nuestras.

indagar más a profundidad sobre los conflictos entre ella y la adulta mayor. La entrevistada contó que:

[...] ese es, yo creo, el conflicto que yo más tengo, de que no me deja salir, o luego me salgo con una señora, ay, ¡dónde andas!, o sea, sí me molesta, por eso mejor me subo allá a mi casa, o luego no me deja hacer mis cosas, como me gusta coser se molesta, va y me tira mis costuras, las avienta, pos mejor me quedo callada, es bien chantajista mi mamá [...]. Fuera una mamá comprensiva, pobre de mi hija, pero digo no, no, por eso le digo, yo sí a veces sí me desespero con ella porque ella no es pareja con todos, y sí me deprime mucho, yo sí me deprimó...<sup>67</sup>

Según las percepciones de los entrevistados, el cuidado de la persona adulta mayor tiende más a ser una carga negativa, que se asume por una obligación filial, pero que no se traduce en una buena experiencia. De acuerdo con algunos de los testimonios, ser cuidadores de una persona adulta mayor pone a los entrevistados en una situación de la cual sienten no poder salir; en este sentido, uno de los participantes confesó que “he querido escapar mejor, pero no lo hago por mi compañera, porque quién le va arrimar un jarro de agua”.<sup>68</sup> En un caso, dicha carga llegó a ser explicada como un castigo.<sup>69</sup> Para otra cuidadora, una adulta mayor que asiste a su prima de su misma edad, la mujer a quien cuida fue definida como “mi acabose”.<sup>70</sup>

El ser cuidador de una persona adulta mayor en situación de dependencia representa también para algunos cuidadores una ruptura importante en sus proyectos de vida, lo cual genera frustración y estados de ánimo cambiantes, al ver que su vida se ha truncado por la responsabilidad que implica dicho cuidado, por ejemplo una hija cuidadora de 52 años, comentó:

[...] no me gusta estar aquí, siento como que mi vida... me gustaba mucho irme a trabajar y como que esta truncada, como que [lagrimas] tenía una vida sociable muy activa y ahorita pues ya no y sí pesa. Que de repente tienes muchas amistades, eso es vivir, tener amistades, salir y ahorita pues ya no, son puras responsabilidades, eso es todo, trabajo y nada más.<sup>71</sup>

---

<sup>67</sup> Entrevista N-FC-10-10-11-14.

<sup>68</sup> Entrevista L-FC-01-13-10-14.

<sup>69</sup> Entrevista N-FC-09-07-11-14.

<sup>70</sup> Entrevista N-FC-14-25-11-14.

<sup>71</sup> Entrevista L-FC-04-03-11-14.



En este caso, la adulta mayor en su entrevista refirió recibir maltrato por parte de su hija cuidadora.

Los sentimientos que los entrevistados asociaron al cuidado de la persona adulta mayor son una muestra de la importancia de contar con programas de atención domiciliaria que sean realmente integrales e interdisciplinarios. En estos casos fue evidente la necesidad de apoyo psicológico, tanto para los cuidadores como para las propias personas adultas mayores. Desafortunadamente, en casi ninguno de los casos los cuidadores han tenido asistencia psicológica, psiquiátrica o de trabajo social. Atender estas situaciones y generar intervenciones que atenúen los sentimientos negativos asociados con el cuidado de las personas adultas mayores en contextos adversos, resulta fundamental para prevenir la violencia hacia este sector de la población.

A partir del análisis de la información derivada de las entrevistas a familiares y/o cuidadores, se identificó la existencia de distintas formas de violencia directa, así como diversos sentimientos de frustración, impotencia y venganza de los familiares y cuidadores respecto al maltrato hacia las personas adultas mayores. Es necesario ahora preguntarse si ¿Coinciden estas formas de violencia directa con los relatos de las personas adultas mayores? Si no coinciden del todo, ¿qué pueden decir las discrepancias en estas experiencias de violencia?

### **III.3 Las violencias: una mirada desde las personas adultas mayores**

Como se vio en el apartado anterior, existen una gama de situaciones interrelacionadas que inciden para que se dé la violencia hacia las personas adultas mayores. La mayor complejidad ocurre cuando existe dependencia y vulnerabilidad, ya que sus distintas formas de manifestarse crean vínculos entre sí, influyen en su aparición y al mismo tiempo se complementan. La vulnerabilidad puede causar dependencia, lo que puede provocar mayor violencia. De igual forma, en esta complejidad del fenómeno entran otras situaciones como el aislamiento social, el cual

no sólo puede llegar a ser una causa sino también una consecuencia de la dependencia de la víctima o del agresor, que a su vez, puede ser resultado de la vulnerabilidad.

La dependencia de la persona adulta mayor y del mismo cuidador o familiar, la vulnerabilidad y el aislamiento social de ambos, así como el estrés del cuidador están estrechamente relacionados con las desigualdades de poder y de control, que determinan el desequilibrio experimentado en la relación víctima-agresor.

A través de las entrevistas se ha podido explorar con base en la mirada de los diferentes actores involucrados, las diferentes perspectivas y situaciones en torno a la violencia hacia las personas adultas mayores. En esta parte del trabajo se analizará la violencia hacia las personas adultas mayores desde la voz de las propias víctimas haciendo distinción entre las personas en situación de dependencia y entre las que son autosuficientes.

### **III.3.1 Relaciones familiares**

En el análisis previo, se encontró testimonios recurrentes sobre la violencia como práctica arraigada durante toda la trayectoria vital de la familia. También que la violencia ejercida por la persona adulta mayor en otros momentos de su vida se convierte en una justificación o explicación por parte de los familiares y cuidadores que han ejercido conductas de maltrato. Al respecto, llama la atención que el problema de la transmisión intergeneracional de la violencia es más común encontrarlo en los relatos de los cuidadores y familiares que en los de las propias personas adultas mayores, quienes en mínimas ocasiones refieren a conductas de abuso hacia sus hijos o pareja en otras etapas de la vida, mientras que son ellos o ellas, los que hablan de estas situaciones para justificar algunas acciones de violencia hacia la persona adulta mayor.

En las familias de las personas adultas mayores entrevistadas, tanto dependientes como no dependientes, fue común encontrar experiencias de violencia de diversos tipos (físico, psicológico y sexual) entre sus miembros, así como situaciones que inciden en la estructura familiar, tales como informalidad laboral, desempleo, situaciones económicas precarias, embarazos tempranos y adicciones como alcoholismo o drogadicción. Las propias personas adultas mayores han vivido estas situaciones desde su infancia. Así, al preguntarles sobre sus parientes, algunos de ellos se remontan a sus años de infancia, juventud y adultez y recuerdan los conflictos de aquella época: abandono parental, carencia de una vivienda, situaciones de pobreza que rayan en la mendicidad, violencia intrafamiliar y de pareja, entre otras.

En general, las familias con las cuales conviven las personas adultas mayores entrevistadas, tienden a ser extensas, es decir, a incluir miembros más allá de la familia nuclear, tales como nueras y yernos, nietos, bisnietos, sobrinos, tíos o primos. Como ya se mencionó, entre los participantes es usual estar o haber estado vinculados a actividades laborales informales; en varios casos se pudo constatar que pese al paso del tiempo, algunos de estos adultos mayores no se han retirado de la vida laboral, pues no cuentan con pensiones. Este caso fue más frecuente entre las personas adultas mayores no dependientes, quienes contaron que trabajan en puestos de comida, tianguis o negocios propios, por lo cual reciben ingresos para su propia subsistencia y para sus familias. Sin embargo, en la mayoría de casos, las personas adultas mayores no trabajan y subsisten con las ayudas que brinda el gobierno para este grupo de edad. Por tanto, permanecen con frecuencia en el hogar.

En el caso de los entrevistados dependientes, sus actividades domésticas varían de acuerdo con su estado de salud: por ejemplo, entre quienes pueden moverse aún, es común que contribuyan en las labores domésticas, tales como cocinar, limpiar o cuidar a sus nietos, situación que cambia para quienes tienen discapacidades que no les permiten moverse por su cuenta. Casi todos los entrevistados cuentan con alguna de las ayudas económicas del gobierno, y con ella continúan aportando ingresos a la economía doméstica; es decir, en buena parte de los casos conocidos,

dichas ayudas no son destinadas de manera exclusiva a los gastos de la persona adulta mayor, sino que terminan siendo un ingreso familiar, lo cual, como se ha señalado, puede generar situaciones relacionadas con el abuso económico.

Para las personas adultas mayores, el hecho de habitar en viviendas familiares genera conflictos relacionados tanto con la convivencia cotidiana, como con la herencia y la posesión de los inmuebles. Dichos conflictos parecen intensificarse en el caso de las personas adultas mayores dependientes y están vinculados de manera directa con las diversas formas de violencia que sufren. En otras palabras, estos conflictos terminan dirimiéndose de manera agresiva hacia el adulto mayor y, al mismo tiempo, se convierten en una justificación para las actitudes de maltrato.

En las personas adultas mayores, estas agresiones pueden generar una sensación de confusión, que se refleja en no saber o no entender su causa. Ante la dificultad de racionalizar y comprender tales situaciones, una explicación frecuente es que la violencia en su contra es su propia responsabilidad, por ser personas difíciles de soportar y que causan “aburrimiento” a sus parientes, el cual se expresa en comentarios como “ya estas grande, vas aburrir a la gente”,<sup>72</sup> o “sí me tratan bien, me hablan bien, de eso no tengo nada que decir, pues comprendo que a veces sí se aburren”.<sup>73</sup>

Asimismo, al preguntar sobre las causas de la violencia hacia las personas adultas mayores, varios de los entrevistados opinaron que algunos de ellos son agresivos con sus familiares o cuidadores, por lo tanto se han buscado o merecen ser maltratados. Estas percepciones tienen lugar incluso entre personas adultas mayores que sufren diversas formas de violencia en su hogar, lo cual indica el reconocimiento de la auto-responsabilización sobre dichas situaciones. Sin embargo, esa auto-responsabilización también se encuentra permeada por la auto-valoración sobre la posición social que tiene la persona adulta mayor dentro de la familia. Por ejemplo, la

---

<sup>72</sup> Entrevista D-AM-29-27-11-14.

<sup>73</sup> Entrevista L-AM-05-04-11-14.

familia de una paciente de 79 años, tiene un pleito por su vivienda, después del cual uno de sus nietos expulsó de la casa a la hija y cuidadora de la adulta mayor, por razones no explicitadas en la entrevista. La adulta mayor contó que ha escuchado rumores sobre que, al salir su hija de la vivienda, “era fácil sacarme a mí”. Asimismo, se queja de las agresiones verbales de una de sus nietas pequeñas, quien le dice “maldita”. Sin embargo, al preguntarle sobre cuáles cree que son las causas de la violencia hacia las personas adultas mayores, la adulta mayor respondió que, “solamente que dé uno motivo, si yo doy motivo a que me falten al respeto me lo faltarán, pero si no doy motivo, no me pasa nada”.<sup>74</sup> Otro caso es el de un adulto mayor que acusa a su sobrino de jalarlo y aventarlo a la cama, quien contó que ha platicado esta situación con uno de sus hermanos, “pero me dijo, ‘si estás ahí ¿por qué no los atiendes?’, o ‘te están atendiendo, ¿por qué no estás haciendo nada?, ¿qué quieres, que te saquen a la calle?’”.<sup>75</sup> El caso de este adulto mayor, el cuidado que le brinda la familia de su hermana invalida sus posibles reclamos o quejas sobre la situación violenta que padece.

En varios casos observados, con el declive físico de las personas adultas mayores, sus parientes han dejado de tomar en cuenta sus opiniones, con lo cual surgen formas de violencia psicológica y verbal. Sumado a ello, es común que las mismas personas adultas mayores dejen de opinar sobre los asuntos domésticos y familiares cuando notan que, de manera sistemática, sus parientes no las tienen en cuenta. Una de las explicaciones recurrentes que dieron para no emitir opinión es la idea de no querer “meterse” en la vida de los demás:

Entrevistadora: ¿Siente que su opinión debe de ser tomada en cuenta?

Adulto Mayor: Pues no, porque como le digo, cada quien tiene su modo de ver las cosas y yo no puedo meterme en la vida de la familia de mis hermanos, ni de mi hermano que está presente, cada quien nos vemos diferentes pero no peleando.

E: Digamos, si se tiene que hacer algo aquí en la casa, ¿lo toman a usted en cuenta?, ¿le piden su opinión a usted?

AM: No, ya no.<sup>76</sup>

---

<sup>74</sup> Entrevista D-AM-08-20-10-14.

<sup>75</sup> Entrevista N-AM-04-15-10-14.

<sup>76</sup> Entrevista D-AM-05-15-10-14.

De otra parte, pese a la presencia de miembros de la familia extensa en la misma vivienda, la asistencia a la persona adulta mayor queda a cargo de una o dos personas. En algunos, casos los entrevistados comentaron que han quedado solos y aislados, ya que, por ejemplo, no pueden salir de su vivienda o levantarse sin ayuda de su cuidador, lo cual les hace sentirse relegados y no tener con quien hablar. En este sentido, el trabajo se facilitó, en la medida que muchas de las personas adultas mayores entrevistadas deseaban platicar, contar sus experiencias o desahogarse. Esta situación de soledad y aislamiento, que se observó incluso en viviendas donde la persona adulta mayor convive con su familia extensa, evidencia que su vida transcurre como si no tuviera parientes.

El abandono, también expresado en la pérdida de contacto con los familiares que no habitan en la misma vivienda, también genera incertidumbre y resulta difícil de comprender para las personas adultas mayores. Los entrevistados atribuyeron estas rupturas en los vínculos familiares a conflictos de larga data; problemas personales, familiares y económicos que obligan a sus hijos a alejarse; llegada de nueras y yernos a la familia, con lo cual sus hijos conforman nuevos hogares y muerte de parientes que articulaban los lazos familiares, entre otros. Sin embargo, resulta complicado racionalizar dichas situaciones y, por ello, en varios casos las personas adultas mayores entrevistadas afirmaron que no entienden las causas del alejamiento de sus parientes. Un cuidador de 60 años consideró que las hijas de su pareja no son “humanitarias”, pues no la asisten a pesar de encontrarse incapacitada después de un derrame cerebral y en una situación crítica de pobreza;<sup>77</sup> por su parte, otra de las adultas mayores entrevistadas, quien se encuentra postrada en cama debido a que no puede caminar después de dos cirugías de rodilla, contó que en la vivienda habitan su hija y varios sobrinos y nietos. Sin embargo, dice que ya no los ve, pues nadie los lleva a su cuarto. Sobre su hija, dice que “como ya es casada, ya no quiere saber de su mama”.<sup>78</sup> Otro adulto mayor que es cuidado por su hermana, de más edad que él,

---

<sup>77</sup> Entrevista L-FC-01-13-10-14.

<sup>78</sup> Entrevista N-AM-26-26-11-14.

comentó que sus hijos no lo visitan ni llaman con frecuencia por una acusación de acoso sexual que la familia hizo en su contra. Su hermana afirma que el alejamiento de sus hijos ocurrió desde hace cerca de veinte años.

La situación no es muy distinta en el caso de los adultos mayores no dependientes; aunque los ejemplos citados antes corresponden a personas adultas mayores entrevistadas en sus hogares, entre quienes fueron contactados en los centros de salud también fueron recurrentes los relatos sobre la “soledad” en la que viven y el hecho de no tener familia, puesto que la que tienen no es cercana o no los atiende.<sup>79</sup> En suma, el abandono e incluso el aislamiento de la persona adulta mayor con respecto al resto de la familia es un problema recurrente entre los entrevistados, independientemente de su condición de dependencia o no dependencia.

Varias personas adultas mayores entrevistadas hablaron sobre lo que consideran como la falta de respeto de hijos y nietos, quienes no comparten algunos de sus valores familiares. Por ejemplo, una adulta mayor de 78 años contó que tiene conflictos con su nieta de 13 años por no aprobar una relación sentimental en la que está involucrada. La entrevistada contó que, cuando se enoja por esta situación su nieta “me tuerce la boca y azota en mi cama, con el fierro ese que tiene...”<sup>80</sup> Esta divergencia en los valores familiares, así como la pérdida de autoridad de la persona adulta mayor en relación con los miembros más jóvenes de la familia, causa fuertes conflictos generacionales con hijos y nietos y genera una sensación de falta de “respeto”.

Otra cuestión familiar vinculada de manera directa con la violencia es la herencia. Este es uno de los temas de conflicto más comunes en las familias de los entrevistados y tiene que ver con formas de abuso económico, tales como el uso de las propiedades de la persona adulta mayor sin su consentimiento o sin pagar por ello y el despojo. En algunos casos, con la muerte de un padre o madre, las propiedades quedan intestadas y en otros, son repartidas entre los hermanos; sin embargo, el testador toma la decisión

---

<sup>79</sup> Entrevista N-AM-01-08-10-14.

<sup>80</sup> Entrevista L-AM-04-03-11-14.

final sobre a quién legar sus propiedades y en qué proporción. De esta manera, la herencia no siempre abarca al cónyuge sobreviviente, quien queda habitando la propiedad sin que exista un testamento formal, pues éste ha sido elaborado a favor de los hijos sobre el supuesto de que el padre que aún vive deberá seguir habitando la misma vivienda. Tal situación fue más común en el caso de las mujeres adultas mayores, a quienes sus esposos no han incluido en sus testamentos. En otros casos, los padres testadores deciden legar su propiedad tan sólo a algunos de sus hijos, lo cual también causa conflictos que pueden extenderse por décadas y afectar la convivencia con las personas adultas mayores. La herencia está relacionada de manera directa con ciertas formas de abuso económico y, por tanto, es importante realizar estudios sobre su funcionamiento, pues de esta manera sería posible rastrear las historias familiares de violencia que involucran los recursos económicos y las propiedades de la persona adulta mayor.

### **III.3.2 Formas de violencia directa hacia las personas adultas mayores**

Para indagar sobre este tema, la guía de entrevista incluyó las siguientes preguntas: ¿Usted ha sufrido violencia en el ámbito familiar? Cuando el entrevistado respondió de forma negativa, se preguntó: ¿Ha tenido algún conflicto con su familia? ¿Ha habido situaciones que le han generado angustia o preocupación por algo que le pueda ocurrir a su persona? En los casos en que la respuesta fue positiva, se indagó sobre ¿qué consecuencias tuvo esta situación? ¿Cómo la enfrentó? ¿Habló con alguien acerca de esta experiencia? Así como en la guía de preguntas para familiares y cuidadores, a las personas adultas mayores se les preguntó sobre la vivencia de la violencia al final de la entrevista. Sin embargo, en muchos casos, los detalles de los hechos violentos fueron narrados antes de alcanzar esta parte de la guía de preguntas.

#### **III.3.2.1 Personas en situación de dependencia**

La pérdida de la autonomía y la creciente dependencia en la vejez son situaciones que están influyendo en la aparición de la violencia. Las personas adultas mayores



dependientes tendieron a hablar más sobre situaciones de violencia, que las no dependientes. Es importante subrayar que las entrevistas a las personas en situación de dependencia se llevaron a cabo en sus viviendas, mientras que las entrevistas a las personas no dependientes fueron en los Centros de Salud, si bien, de alguna forma en todas las entrevistas se habló del tema de la violencia, el trabajo realizado en las viviendas permitió constatar otros tipos de violencia como son la negligencia, el abandono y el abuso económico.

De acuerdo con los relatos de los entrevistados, se identificaron cuatro formas principales de violencia directa: la violencia psicológica y verbal, la física, el abuso económico y la negligencia o el abandono. Dichas formas no suceden de manera aislada sino que, por el contrario, suelen ocurrir de manera conjunta, es decir, es común que confluyan. Por ejemplo, en los casos de violencia física, fue común hallar referencias a los otros tipos de violencia, en especial a la psicológica. Por otra parte, aunque se distinguen estas cuatro principales formas de violencia, hay que anotar que cada una de ellas abarca comportamientos muy diversos.

### ***Violencia psicológica y verbal***

La violencia psicológica y verbal comprende formas muy variadas de agresión. La violencia verbal, se refiere al uso de palabras ofensivas o hirientes hacia la persona adulta mayor. Sin embargo, como el lenguaje también tiene una dimensión no verbal, que se expresa en las actitudes y gestos, la violencia verbal está muy vinculada con la psicológica, en la cual la agresión no se produce por medio de las palabras, sino de otras formas no verbales de lenguaje, tales como los gestos, las miradas y las actitudes hacia la persona adulta mayor o a las cosas que le pertenecen. Aunque se vincule la violencia psicológica con la verbal, es importante aclarar que las otras formas de violencia descritas (física, económica y abandono o negligencia) también tienen una dimensión psicológica, en la medida en que generan efectos emocionales negativos en sus víctimas.

En el caso de las personas adultas mayores en situación de dependencia, las principales formas de violencia verbal y psicológica identificadas fueron gritos, amenazas, insultos, decirle a la persona que se vaya de la casa, estar permanentemente enojado con ella, regañarla, hacerle comentarios hirientes, decirle malas palabras, discriminarla, hacerle burlas y despreciar o desestimar su opinión. Otras conductas que no necesariamente son ejercidas mediante el discurso, pero que ejemplifican la violencia psicológica, son el rechazo a la persona adulta mayor, no llamar la atención a los nietos u otros miembros de la familia cuando agreden y violentar las pertenencias de la persona adulta mayor, por ejemplo, arrancar sus plantas y tirar cosas que le pertenecen, sin su consentimiento. Con respecto a estas dos últimas situaciones una adulta mayor de 88 años, comenta que a ella le gustan mucho las plantas y por eso siembra en su casa, pero que su hija de manera constante las arranca, ella no le dice nada, pese a la tristeza que esto le causa, debido a la mala respuesta por parte de su hija, entonces prefiere quedarse callada, comenta: “Pues, en una palabra, yo me siento mal con sus enojos, pienso ¿por qué me dirá eso?, ¿por qué me hace eso? y me quedo así, como le digo yo, aquí con nadie platico, con nadie nada”<sup>81</sup>.

En cuanto a los “regaños”, los entrevistados contaron que a menudo ocurren cuando dan su opinión o se enferman. Una adulta mayor de 83 años, tuvo un problema de salud en las vías urinarias, contó que “me puse bien mal e iba mucho al baño, cada 10 minutos, que son mañanas que yo no más agarro y ya por eso (mi hija) me regaña”.<sup>82</sup> Este ejemplo reitera la importancia de capacitar a los familiares y cuidadores sobre el funcionamiento y la discapacidad de una persona adulta mayor, su estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) para evitar que ciertos comportamientos o situaciones de la persona adulta mayor no sean concebidos como amenazas o desafíos por parte del cuidador.

---

<sup>81</sup> Entrevista N-AM-05-17-10-14.

<sup>82</sup> Entrevista L-AM-05-04-11-14.

Perder participación dentro del hogar es otra situación común de las personas adultas mayores entrevistadas. Algunas de ellas prefieren dejar de hablar, de decir lo que piensan o lo que quieren, por considerar que es mejor actuar así para evitar problemas con el cuidador o algún integrante de la familia, por ejemplo una mujer de 78 años, comentó: “Pues casi no cruzo palabra con ella, porque siempre se molesta, por ejemplo le dije: ¿Sabes qué?... va a venir la trabajadora social y tienes que estar aquí y se molesta, me contesta: -Ya lo sé! ya lo sé!... no vuelvo a decir nada [...]”<sup>83</sup>. De igual forma otra adulta mayor (88 años) mencionó que la hija de manera constante hace comentarios sobre su memoria y le dice que a ella se le olvidan las cosas, al respecto comentó: “a mí no se me olvidan, si a veces no te digo, le digo, porque te enojas, tiene un carácter duro, yo no le digo nada”<sup>84</sup>.

La violencia psicológica y verbal de la cual se quiere dar cuenta en este estudio, es sin duda un problema difícil de identificar y de determinar debido a la condición anímica en que se encuentra la persona adulta mayor, en algunos casos pareciera ser un patrón de vida donde la violencia verbal ha estado presente a lo largo de las relaciones familiares y no fue posible identificar si es un problema de nueva aparición propio de cuidar o estar con una persona de edad avanzada. Lo que si resulta evidente es que este tipo de violencia es una preocupación muy prevalente entre las personas adultas mayores entrevistadas.

### ***Violencia física***

Las formas de violencia física identificadas en los relatos de las personas en situación de dependencia fueron: golpes, jalones de pelo y de brazos, ser aventados a la cama o a una pared, ser sacudidos, no ser levantados de una silla o cama durante todo el día, ser alimentados de manera brusca, encerrarlos o relegarlos dentro del hogar, no dejarlos salir de la casa. La mayor parte de estas formas de violencia directa han sido cometidas por parientes cercanos y por los mismos familiares o cuidadores.

---

<sup>83</sup> Entrevista L-AM-04-03-11-14.

<sup>84</sup> Entrevista N-AM-05-17-10-14.

Una de las situaciones de golpes fue relatada por un adulto mayor que sufre cierto grado de deterioro cognitivo, por lo cual no fue posible saber detalles del incidente. Sin embargo, cuando se le preguntó sobre su relación con sus hijos, relató:

Adulto Mayor: Pues hay uno que hasta me golpeó, se llama Guadalupe igual que yo, ese aquí existe y hasta eso (incomprensible), aquí anda y hay veces que hasta quiere regañar a las personas que me atienden[...].

Entrevistadora: ¿Qué fue lo que pasó cuando su hijo lo golpeó?

AM: Ah, pues no pasó nada porque no lo demandé, quería demandarlo pero no lo demandé, me arrepentí y no lo demandé porque lo demandé y me va peor, más odio me toma, más odio me toma aquella persona que demanda uno y siendo de la familia, ahí quedó, ahorita les platico a ustedes y ya ustedes saben que hay una persona que hasta me llegó a golpear.<sup>85</sup>

El hijo acusado de la agresión tiene problemas de alcoholismo y drogadicción. El entorno donde vive el adulto mayor es bastante conflictivo, pues se encuentra en una vivienda con carencias estructurales, por ejemplo, el adulto mayor y la hija de la cuidadora utilizan botes como sanitarios, el cuarto del adulto mayor tiene piso de tierra, humedad y condiciones deficientes de limpieza. Presentaba evidencias también de no ser aseado y cuidado de manera oportuna. Al momento de la visita, tenía una infección ocular extendida en los dos ojos, la cual, según la profesional de la salud que lo atiende, se debe a la carencia de condiciones adecuadas de higiene; de igual manera, durante la visita realizada, que duró unas tres horas, el adulto mayor manifestó no haber comido y no recibió ningún alimento.

Hablar de la violencia física resultaba un poco difícil para las personas adultas mayores, ya que tenían que bajar la voz o referirse a ella en forma de señas, esta situación se encontró en varias mujeres entrevistadas, por ejemplo una anciana de 88 años cuando se estaba hablando de los conflictos con su hija cuidadora, comentó que la había apretado de los brazos y la había sacudido: “[Baja la voz] aquí tengo morado [...] como yo, que me [silencio, hace señal de que su hija la agarró por los brazos], así, en la pared, digo, eso es violencia, que te agarren y te golpeen y te dejen las señas”<sup>86</sup> y no habló más de ello por temor a que su cuidadora llegara a escuchar.

---

<sup>85</sup> Entrevista N-AM-25-24-11-14.

<sup>86</sup> Entrevista N-AM-05-17-10-14.

Jalar, ser aventados a la cama o a una pared o ser sacudidos, son situaciones frecuentes en personas adultas mayores con dependencia entrevistadas. Un adulto mayor de 80 años, comenta sobre la violencia física que sufre por parte de un sobrino que apoya a su madre en el cuidado:

[...] este sobrino, entonces él luego me jala y luego me dice acuéstate y me avienta, y muchas veces me ha aventado, está mal, porque me avienta en la cama, porque yo no quiero, me dice ven, acuéstate aquí, yo sé que está mal, pero no debe uno ofender a la persona que lo está ayudando.<sup>87</sup>

En algunos casos la presencia de familiares y cuidadores fueron barreras para indagar de manera más profunda en las situaciones de violencia. Este fue el caso de una paciente de 90 años, quien habló sobre los conflictos con su hija:

No más porque (sus familiares) se sienten aburridos, me imagino, cansados, al menos esta muchacha así me hace, a veces quisiera como pegarme, pero de ahí no.

Entrevistadora: ¿Por qué? ¿Qué le hace?

Adulta Mayor: Me avienta a la cama, pero de ahí no señorita, cosas que pasan en la vida, de veras...Es que ya que está uno viejo da mucha lata yo creo y así me ve...

E: ¿Me podría contar más de eso, de cuando la avienta?

AM: Cuando me va a acostar porque no puedo subir los pies, o los subo pero no le gusta a ella como los subo, nada más.

E: ¿Y eso pasa seguido?

AM: Pues casi, pero ni le diga, porque capaz que luego, luego me echa, es que bueno, yo sí me siento y me acuesto, pero nada más que yo no puedo acomodarme a como a ella le gusta y pues ahí me tiene usted.

E: Y cuando pasa eso, usted ¿qué hace?

AM: Llorar.

E: ¿Y qué le dice?

AM: Que soy payasa (llora)...Pero cada quién sabe...

E: ¿Ha hablado usted de eso con alguien?

E: Yo con nadie, con nadie, con nadie, a nadie le cuento, a nadie le digo, no, cuando está de malas, mmm, tengo unos moretones por acá que dice que de qué los tengo, pero pues es cosa de que me agarra fuerte, pero yo ni caso hago, ya la dejo, no me queda otra cosa.<sup>88</sup>

La adulta mayor durante la entrevista mostró temor hacia su hija cuidadora por las represalias que podría tomar en su contra si se resiste a la violencia o si habla del tema con alguien, lo cual indica que en el hogar existe una situación conflictiva. En este caso

---

<sup>87</sup> Entrevista N-AM-04-15-10-14.

<sup>88</sup> Entrevista N-AM-28-03-12-14.

la hija cuidadora, manifestó sentir resentimiento con su mamá por no darle afecto en su infancia.

En otro caso de violencia física, mujer de 65 años con limitaciones para caminar, contó que su hermana le pegó y le jaló el cabello. Según explicó, la agresión ocurrió:

Porque ese día traía diarrea y ensucie la cama y yo siempre les digo [a su hija y su hermana, encargadas de cuidarla]: “Présteme un trapito, porque ando a ras de la sabana, pues lógico que se ensucia, si tuviera un trapito fuera diferente, pero como que ellas no entienden eso, no puedes ensuciar, luego se cansan en lavar, les doy para el jabón, sabe cuánto dicen, pues ya...

Entrevistadora: ¿Y entonces ella [su hermana] la agarró y la jaloneó por eso?

Adulta Mayor: Sí, porque ensucie la cama, porque ensucio, porque nada más estoy aquí de floja, pues por eso.<sup>89</sup>

Es evidente que diferentes formas de dependencia que están presentes en la vida de las personas adultas mayores se relacionan con un mayor riesgo de violencia. Los relatos de violencia evidencian la necesidad de capacitar a los familiares y cuidadores para que brinden una mejor asistencia, que se base en la comprensión de que ciertas situaciones del estado de salud de las personas adultas mayores no son controlables o voluntarias. No obstante, el problema va más allá de la capacitación, dado que, como se ha señalado antes, los hogares visitados presentan antecedentes familiares de violencia y conflictividad y en algunos casos las situaciones precarias en las que viven sus integrantes contribuyen para que se den este tipo situaciones.

### ***Abuso económico***

Se entiende al abuso económica como la apropiación ilegal o impropia de recursos que pertenecen a la persona adulta mayor. Entre los adultos mayores dependientes fueron más comunes las referencias a conductas de abuso económico, las situaciones que más fueron mencionadas tuvieron que ver con el uso indebido de las tarjetas de ayuda o de dinero de la persona adulta mayor, así como, despojarlos de sus propiedades. Llama la atención que dichas formas de abuso económico no fueron

---

<sup>89</sup> Entrevista N-AM-26-26-11-14.

reconocidas por los familiares y cuidadores entrevistados. De esta manera, las personas adultas mayores dependientes identificaron muchas más formas de violencia directa de las que reconocieron ejercer sus familiares y cuidadores.

Con respecto a esta forma de violencia, un adulto mayor de 84 años, comenta que el departamento donde vive se lo están quitando y culpa a su hija cuidadora de ello, quien vive ahí con su cónyuge e hijos. El problema de este caso en particular tiene que ver con las escrituras del inmueble las cuales están a nombre de la persona que fue el empleador del señor y que le dio el departamento como forma de pago de los años que estuvo trabajando. Lo que se pudo observar es que las escrituras le fueron hurtadas al adulto mayor.

[Habla del departamento donde vive] Era mío, pero me lo quitaron.

Entrevistadora: ¿Quién se lo quito?

Adulto Mayor: Como no puedo defenderme, no tengo quien me apoye, ellos son los buenos....

E: ¿La escritura no está a nombre suyo?

AM: No, la tiene mi patrón, el que me dejó el departamento, se me perdieron los terrenos, de toda mi familia, me los volaron y aquí estoy encerrado, ya voy a cumplir un año, ya lo cumplí...<sup>90</sup>

El mismo adulto mayor contó que no trabaja ni tiene más ingreso que la tarjeta de ayuda que otorga el gobierno del Distrito Federal. Sobre ella, dijo “no la veo, ni sé ni cuánto es lo que tiene”.

Otro conflicto por el uso de los apoyos económicos fue narrado por una paciente de 65 años, que no puede caminar. Ella contó que

...ayer se me acabo la crema, antier, y como soy muy reseca, tengo mucha comezón y le pedí a Silvia que me comprara una, ella es la que tiene el dinero, me dijo: “Yo compro cuando se me da la gana y a la hora que yo quiero, a mí no me estás pidiendo ni mangoneando”. Me quede callada, luego le digo: “No me gustan las galletas Marías, cómprame de otras”, “No, yo no compro gustos”. A mí me gustan mucho los *hotcakes* con cajeta, no me quieren comprar nada...<sup>91</sup>

---

<sup>90</sup> Entrevista L-AM-06-25-11-14.

<sup>91</sup> Entrevista N-AM-26-26-11-14.

Las personas adultas mayores beneficiarias de estas ayudas económicas deben autorizar a un familiar en caso de no ser aptos para cobrar su pensión por sí mismos. En ocasiones, como en el caso antes citado, esta situación genera una dinámica de poder entre el familiar o cuidador y la persona adulta mayor. Dado que las personas en situación de dependencia, en la mayoría de casos, no pueden trabajar y no cuentan con pensiones contributivas ni otros ingresos propios, su principal contribución económica al hogar son las ayudas del gobierno. Por ejemplo una paciente de 80 años, comento que no recibe alimentos por parte de su hija y sobre el mal manejo que se da a su tarjeta y al apoyo que le brinda su hijo:

[...] pues como que nos hemos agarrado de tú por tú, porque yo le dije sabes: Tú a mi dices que me estas cuidando, ¿dónde está lo que me cuidas? Tú me estas manteniendo, ¿dónde está lo que tú me mantienes? Yo tengo la tarjeta, cuando vamos a lo de la tarjeta te traes que la mayonesa, el Knorr Suiza, trae mayonesa, trae aceite, trae de todo. ¿Dónde está lo que tú me das? ¿Dónde está lo que me da mi hijo? Que son 500 pesos, o 600 cuando te da, eso no es mantenerme a mí y ya lo discutimos ahí duro, pero sí.<sup>92</sup>

Como se ha señalado, los hogares visitados tienden a encontrarse en situaciones económicas muy precarias y sus miembros a menudo no tienen trabajo o desempeñan labores informales. En este sentido, el ingreso que proviene de las tarjetas de ayuda del gobierno termina siendo una parte esencial y estable de la economía doméstica. Paradójicamente, en vez de contribuir a la autonomía de la persona adulta mayor, el uso indebido de tales ayudas puede acentuar su dependencia, en la medida en que el beneficiario de la ayuda pierde el control sobre ésta y debe entrar a negociarla con su cuidador. Esta situación implica que dichos programas de apoyo conozcan todas estas problemáticas y generen estrategias que beneficien más a las personas adultas mayores. Ello constituye todo un reto para la política pública.

### ***Abandono o negligencia***

Se entiende por abandono o negligencia una falta de atención sistemática, por parte de familiares o cuidadores, a las necesidades básicas de la persona adulta mayor,

---

<sup>92</sup> Entrevista N-AM-19-10-11-14.



tales como alimentación, vestido, vivienda, higiene y servicios de salud; dicha carencia puede causar efectos físicos, psicológicos y sociales negativos en quien la padece.

Durante el trabajo en los centros de salud se pudo observar que algunas personas adultas mayores acuden solas a estos servicios, teniendo disminución de sus capacidades visuales, auditivas o motrices (por ejemplo, no pueden caminar sin la ayuda de andadera); pese a ello, no cuentan con la compañía de sus familiares. En ciertos casos, esta situación puede representar un riesgo vital para la persona adulta mayor; por ejemplo, un hombre invidente contó que va solo y acompañado por Dios al centro de salud;<sup>93</sup> otro, que también padece una discapacidad visual, explicó que requiere con urgencia una cirugía de próstata, que un hospital se ha negado a realizarle porque necesita la compañía de un familiar. Aunque los adultos mayores de los ejemplos citados se movilizan de manera autónoma, cuentan con discapacidades que ameritarían la asistencia de un cuidador que no tienen.

El abandono o negligencia también se refleja en ciertos conflictos respecto a la alimentación como no dar de comer a la persona adulta mayor o no brindarle los alimentos que le gustan. En este sentido, una adulta mayor de 80 años, relató que

Adulta Mayor: ...Aquí en la casa el cuidado es pésimo, pero como le digo, de algo a nada.

Entrevistadora: ¿Usted considera que usted sufre violencia?

AM: Con ella sí, pero no ha llegado a que me diga: Lárgate o vete o algo no, pero yo sé que no es una hija que dijera: “mamá, vente a comer, mira ya come, ¿ya desayunaste?”. Si comes bien, y si no quieres ni modo, eso es lo que yo siento mal de que nunca se preocupa de que si comiste, si quieres comer comes, si no comes, no comas y yo como como pura verdura, yo tengo que comprar mi verdura...

[...] E: ¿Cuándo estas situaciones ocurren, usted qué hace?

AM: Pues aguantarme, como luego dicen. Si hay aunque sea frijoles como y eso cuando ella no está, porque veo que anda enojada. Cuando sale agarro y me echo unos tacos y pues ya con eso.<sup>94</sup>

La adulta mayor es la mamá de una de las cuidadoras cuyo testimonio se citó en la sección anterior. Al hablar con la hija y cuidadora de esta adulta mayor, ella relató que se encuentra en estado de sobrecarga debido a que es la única que ha asumido el

---

<sup>93</sup> Entrevista N-AM-33-10-12-14.

<sup>94</sup> Entrevista N-AM-19-10-11-14.

cuidado de su mamá y las labores domésticas, las cuales no le dejan tiempo ni espacio para sí misma. Ella argumenta que su mamá no la trata bien y no quiere que ella salga con su esposo o hijos.

Sin embargo, más allá de los testimonios dados por las personas adultas mayores, en las visitas domiciliarias, los relatos de los entrevistados pudieron ser contrastados y complementados con la observación de su entorno, lo cual evidenció el abandono y la negligencia en la atención. Esta se expresó en el aislamiento de la persona adulta mayor dentro del hogar, su asignación a espacios insalubres, con carencias estructurales en la vivienda y con no proporcionarle las medicinas que requiere.

El abandono y la negligencia conllevan consecuencias perjudiciales para las personas adultas mayores, tales como la ruptura de los vínculos familiares con otros parientes aparte del cuidador, la agudización de problemas de salud por falta de atención oportuna o el surgimiento de otros nuevos (tales como sentirse “mal de los nervios”, sufrir altibajos en la presión o tener infecciones por falta de higiene). En este sentido, una adulta mayor contó que se sentía triste de que

...estoy sola, de que mi otra hija no viene, que mis familias no me hablan o eso, tengo apenas menos de un año que se murió el esposo de una sobrina y no me avisaron, ah no si, me avisaron, pero dijo mi hija: “no puedo ir, a que voy a ir, tengo que estar ahí quien sabe cuántos días” y ya no fui, de una hermana que se murió también, y dije: Ay... una sobrina, esa si la sentí mucho, porque cada vez que íbamos nos invitaba a su casa ...<sup>95</sup>

En este caso, el abandono contribuyó a que la adulta mayor se sintiera sola y aislada, debido a que su familia no la lleva a ver a otros parientes. Otro de los entrevistados, que se quejó de sentirse “olvidado”, describió su situación como la de estar “secuestrado” porque no puede salir de su vivienda y el único hijo que lo visitaba tuvo un conflicto con los habitantes del domicilio, luego del cual “le aventaron la puerta en la cara” y no regresó<sup>96</sup>, en este caso el adulto mayor sufre abuso económico. De esta manera, otra manifestación recurrente del abandono fueron las quejas de los

---

<sup>95</sup> Entrevista L-AM-05-04-11-14.

<sup>96</sup> Entrevista L-AM-06-25-11-14.

entrevistados sobre la falta de comunicación con sus familiares. En algunos casos se presenta cuando los hijos y nietos habitan en otros domicilios, bien sea en el Distrito Federal o fuera de la ciudad, razón por la cual dejan de visitar y llamar a la persona adulta mayor, sin embargo, la falta de comunicación puede ocurrir también en hogares habitados por numerosos parientes.

En términos generales, consciente o inconscientemente, la idea que muchas personas adultas mayores dependientes tienen acerca de ser menos capaces o ser una “carga” para la familia y la sociedad, no solo favorece diversas formas de violencia, sino que pone en marcha un patrón de pensamiento que es muy difícil de detener y que son interiorizados por sus cuidadores y familiares, así como, por los profesionales de la salud, situación que hace más difícil la detección y atención de la violencia.

### **III.3.2.2 Personas adultas mayores sin dependencia**

La mayoría de visiones positivas sobre el envejecimiento fueron expresadas por el grupo de personas adultas mayores no dependientes. Es probable que este sentimiento de autonomía y los valores positivos que asociaron con la vejez los conviertan en sujetos menos susceptibles de sufrir violencia o más dispuestos a enfrentar sus propias situaciones de violencia, ya que no están exentos de sufrirla. Sin embargo, un aspecto importante en el análisis de la información del grupo de personas mayores independientes, revela que la violencia sigue siendo para ellas un tema tabú, en la medida que entra en discusión la posición social de la persona adulta mayor (no solamente actual sino en el curso de la vida individual) y las expectativas sociales de autosuficiencia que se tienen. En este sentido, el hablar de ciertas situaciones o pensar no querer ser una carga para los demás, se ve como algo que va en contra de las expectativas sociales. Las personas adultas mayores entrevistadas consideran que hablar de violencia, negligencia y abandono, inmediatamente los convierte en personas vulnerables y dependientes.

El silencio es un gran obstáculo para documentar y tratar los casos de violencia hacia las personas adultas mayores, y algunos de los entrevistados son conscientes de ello. No siempre el hecho de estar vinculados a actividades y espacios de apoyo, hace menos factible que la violencia sea silenciada por sus víctimas. En este sentido, una de las participantes en el grupo de adultos mayores de su centro de salud, contó:

...Es que no sé si alguna de mis amigas, porque eso no se ha sabido aquí, tenga ese problema [sufrir violencia] y si lo venga a decir aquí, si no lo viene a decir aquí el doctor no se va a enterar y si al doctor, que es al que más confianza le tenemos, y al nutriólogo, que son con los que más tratamos, no se lo dicen, no se lo van a decir a nadie más [...]. Hay unas que no quieren ni opinar nada, por eso te lo digo, entonces no sé si enmascare una situación de esa de la que me estás preguntando [violencia hacia las personas adultas mayores], pero cómo te diré, no tengo yo la--- aunque yo les hablo a todas bien y hablamos de muchas cosas, no es posible que una pregunta tan directa se la hagas de repente, no puedes, aunque estuviéramos solitas pues [...].<sup>97</sup>

Queda claro que para algunas de las personas adultas entrevistadas tocar el tema de la violencia entre ellas no es bien visto, se evita para no hacerse sentir mal, se tiende a considerar algo muy privado que no con el médico se platica, lo que facilita que dicha violencia se perpetúe.

### ***Violencia psicológica y verbal***

Las formas más comunes de violencia psicológica y verbal de las cuales dieron cuenta las personas adultas mayores no dependientes, fueron: gritos, regaños, desplantes, desprecio, comentarios hirientes o despectivos y burlas. Llama la atención que estas formas de violencia no son reconocidas como tal. Por ejemplo una adulta mayor de 68 años, durante la entrevista comentó sobre los conflictos que tiene con su nieta, lo cual le genera mucha tristeza ya que en varias ocasiones lloró durante la entrevista, pero cuando se le preguntó por la violencia que sufría en el ámbito familiar, refirió que no había sufrido violencia:

Entrevistadora: ¿usted considera que ha sufrido violencia dentro de su familia?

---

<sup>97</sup> Entrevista N-AM-32-09-12-14.

E: No, yo digo que es como todo.<sup>98</sup>

En algunos otros casos, las personas entrevistadas admitieron los efectos negativos que tiene la violencia verbal, pero la valoraron como un mal menor que debe ser aguantado y ante el cual no es adecuado mostrar debilidad. Al respecto, un adulto mayor de 72 años, dijo que “para mí las palabras no rompen cuero (risas), o sea que no, lo que no sean golpes se soporta”.<sup>99</sup> Otro de los entrevistados, quien trabaja como mariachi, dijo que enfrenta bromas de parte de su familia y compañeros de trabajo por causa de su edad y explicó que enfrenta dichas situaciones “con el mismo humor que me la dan, tienes que contestar igual, con el mismo sarcasmo, sarcásticas para que ellos entiendan que no te afecta, que no te hace daño, porque te enojas, te atacan más, y si te lo tomas así a la ligera no, al ratito te hacen más y más, no, contesto igual”.<sup>100</sup> Aunque estas estrategias son útiles para que los adultos mayores tengan la impresión de enfrentar y controlar las agresiones en su contra, también pueden contribuir a naturalizar la violencia verbal o concebirla como un mal menor.

Lo que preocupa de esta situación es que la violencia verbal y psicológica, sea reconocida o no, genera efectos psicológicos negativos fuertes en la persona adulta mayor, una entrevistada de 70 años, frente a la violencia que sufre por parte de su hija, comenta

Adulto mayor “[...] que cuando me grita o cosas así me siento agüitada”

Entrevistador: Y usted se siente triste nada más.

AM: Me siento que no está bien que le griten a uno que le digan una cosa a uno porque saben que uno es su padre y tienen que respetarlo, sí yo me acuerdo cuando yo tenía a mis padres yo nunca les respondía antes era diferente y ahorita ya no es lo mismo...<sup>101</sup>

Otra adulta mayor de 67 años, en el momento de la entrevista se encontraba con depresión, ella comenta que recibe maltrato por parte de sus hijas y en ocasiones de su esposo, refiere que la relación con su familia es regular debido a los desprecios de

---

<sup>98</sup> Entrevista N-AM-12-31-10-14.

<sup>99</sup> Entrevista N-AM-33-10-12-14.

<sup>100</sup> Entrevista N-AM-35-15-12-14.

<sup>101</sup> Entrevista D-AM-14-31-10-14.

las hijas los cuales le duelen mucho “Ahora sí que me duele más que me pongan cara, por que digo: Dios mío, a donde me voy a ir?... [llanto]”.<sup>102</sup>

### ***Violencia física***

Entre las personas adultas mayores no dependientes entrevistadas, algunas hicieron referencia a situaciones de violencia física, como golpes y empujones, así como, a intentos de agresión física. Llama la atención que dichas situaciones tendieron a involucrar parientes con problemas de dependencia al alcohol y las drogas. Aunque se requieren estudios más detallados al respecto, esta parece ser una problemática bastante frecuente entre las familias de los entrevistados. Por ejemplo, una mujer de 65 años, comento sobre la violencia verbal que sufre por parte de sus hijos y también física por parte de su nieto:

“Cuando ya está tomado me insulta me dice de groserías y ahora esta vez que tomo si le tuve miedo porque quien sabe que le paso, yo creo que le dieron alguna droga o no sé porque a mi otra hija también la ofendió bien feo le grito con groserías y yo le daba de cachetadas para que se callara y luego se me volteo a mí y me dio un trancazo aquí y me levanto una bola fue por eso que ya después se lo llevaron...”

De igual forma, un adulto mayor de 79 años, contó que su nieto, un joven con problemas de drogas que ha estado detenido por esta causa, intentó golpearlo y lo agredió en varias ocasiones:

[...] mi hija, lo detuvo así, ya tratando de golpearme así [...], es que han sido como 5 o 6 ocasiones, una vez casi casi se puso, a ver, golpéame si quieres, hijo de la chingada, tras de que yo lo crie casi como hijo, a ver, pégame, él pensaba que yo le pegara para tener justificación para que él me pegara a mí, no, no soy tan tonto [...].<sup>103</sup>

Entre las personas mayores no dependientes, como es el caso del entrevistado de la cita anterior, la violencia física tendió a relacionarse con intentos de agresión, más que con agresiones directas. Caso diferente es con la dependencia, la cual puede facilitar la existencia de conductas violentas hacia las personas adultas mayores, al ponerlas

---

<sup>102</sup> Entrevista N-AM-24-21-11-14.

<sup>103</sup> Entrevista N-AM-07-27-10-14.

en una situación vulnerable e impedirles valerse por sí mismas en su cotidianidad. En todo caso, aunque la dependencia parece generar un mayor riesgo de violencia, este hecho no exime a las personas adultas mayores no dependientes de vivir situaciones similares.

### ***Abuso económico***

Entre las personas mayores no dependientes entrevistadas en los centros de salud, se encontraron quejas sobre pleitos por la sucesión de sus bienes y por negarse a pagarle renta o gastos de su vivienda. En este sentido, una de las entrevistadas comentó que había asistido ese día a una reunión del grupo de adultos mayores del centro de salud en busca de asesoría jurídica por un pleito que tiene con sus hijos por la casa en la que vive. Ella cuenta que sus hijos y otros familiares han venido quedándose en su vivienda, que incluye una accesoria que rentaba para ayudarse con su manutención, pero no le pagan renta, servicios ni impuestos. A pesar de que intentó revertir esta situación exigiéndoles un pago o que se vayan de la vivienda, sus hijos no le hicieron caso.<sup>104</sup>

Otro adulto mayor de 78 años, comenta sobre una situación de despojo por parte de la que era su pareja, él atribuye esta situación a su edad, ya que al quedar viudo inicia una relación con una persona más joven quien quiere tener derecho a la propiedad de él:

“Por esa propiedad, porque ella quiere pero no, si se hubiera portado bien conmigo mire, me cae que se lo dejo, pero como no se portó bien conmigo así es que no hay derecho, no hay derecho que se porte así conmigo, se portó mal, mal con mal no se irá, si se hubiera portado bien por la buena se logra más que por la mala, a la mala no se logra nada, no más anda uno renegando, por la buena tranquilos, llegamos a un convenio, un arreglo, pero por la mala, me dijo muchas cosas, muchas cosas, que ya estaba viejo, me discriminó, lo que dice el papel, ya estás viejo, teniendo yo 68 años, ya estás viejo, ya no sirves para nada, ay Dios mío, por qué no voy a s--- ahí está la discriminación, lo que está diciendo el papel, ahí está la relación, el modo de tratar al viejo, al contrario, cuídate, ya estás viejo, cuídate,

---

<sup>104</sup> Entrevista N-AM-10-29-10-14.

pues vamos a cuidarnos juntos [...] No tenía caso (llora), si yo la invité a vivir ahí como buena pareja, pero me salió dispareja”<sup>105</sup>

Llama la atención que los relatos de abuso económico fueron menores en comparación con lo que se sabe en la literatura y los encontrados en el grupo de persona mayores dependientes. Este es un problema más común de lo que se cree, pero al ser perpetrado por un miembro de la familia, las personas adultas mayores son menos propensas a percibir una situación de abuso económico especialmente cuando se trata de un hijo.

Desde los relatos planteados se evidencia la presencia de violencia directa hacia las personas adultas mayores no dependientes. Ahora bien, la impresión que quedó una vez realizadas las entrevistas, es que pareciera que este problema es más común de lo que se puede observar, sin embargo, resulta difícil para las personas adultas mayores hablar de ello debido a sentirse vulnerables por su condición de edad, situación que representa una ruptura con la autoimagen que se ha construido a lo largo del curso de la vida. Así, tanto desde una perspectiva social y una perspectiva individual, las expectativas hacia la autosuficiencia y la independencia pueden ser socavadas por la ocurrencia de la violencia.

### **III.3.3 Sentimientos y emociones**

Las formas de violencia descritas pueden tener distintos efectos en las personas adultas mayores, los cuales incluyen daños físicos y psicológicos. La violencia también genera un estado de indefensión, en el cual resulta muy difícil para la persona adulta mayor reaccionar ante las agresiones. Como se ha mencionado, las víctimas de las formas de violencia descritas tienden a hallarse imposibilitadas para explicar o racionalizar las causas de esta situación y la justifican apelando a su propio envejecimiento o a factores que afectan a sus familiares y cuidadores, tales como el hecho de estar ocupados, trabajar mucho, no tener empleo o tener problemas personales.

---

<sup>105</sup> Entrevista N-AM-34-15-12-14.



La falta de comunicación y el aislamiento que en algunos casos viven las personas adultas mayores, las llevan a pensar que su vida transcurre como si no tuvieran familia o como si no “hubiera nadie”.<sup>106</sup> Sentir que no cuentan con el apoyo de su círculo cercano genera en muchos de los entrevistados impresiones de desamparo, frustración y tristeza. Para las personas adultas mayores resulta muy difícil comprender y explicar la ruptura de dichos vínculos familiares, lo cual genera una sensación de incertidumbre y desconcierto. En este sentido, la vejez tiende a ser concebida de forma predominantemente negativa, pues implica un estado en el cual se rompen los vínculos con parientes y amigos. Según un entrevistado, al adulto mayor “lo van abandonando hasta los amigos, ya no les llama la atención juntarse y platicar con uno”.<sup>107</sup> Dado que la familia es el primer círculo de socialización de los individuos, sentir el desvanecimiento de sus lazos cuestiona el papel de la persona adulta mayor en el mundo que le rodea, del sentido de la vida misma.

Sentirse solo y triste fue un común denominador entre los entrevistados, en especial entre las personas adultas mayores dependientes. No obstante, dicha sensación también fue identificada por los entrevistados no dependientes; sin embargo, para ellos, el hecho de realizar actividades de manera autónoma parece atenuar esta sensación de soledad o, por lo menos, hacerla más fácil de lidiar. Por ello, al ser entrevistados, estos adultos mayores no dependientes hicieron énfasis en su capacidad de realizar sus actividades cotidianas y en el hecho de no sentir rencor con sus parientes por el abandono.

Las personas adultas mayores que experimentan situaciones de violencia tratan de racionalizarla y la explican diciendo que no comprenden los comportamientos de sus hijos o parientes y rememorando conflictos familiares que hicieron que ellos se alejaran. Otra actitud común fue auto-responsabilizarse por las agresiones sufridas. Sin embargo, dicha explicación tendió a relacionarse con la idea de que, por ser viejas

---

<sup>106</sup> Entrevista L-AM-04-03-11-14.

<sup>107</sup> Entrevista D-AM-14-31-10-14.

y debido a sus condiciones de salud, las personas adultas mayores “aburren” a los demás y pueden llegar a ser molestas. Por el contrario, la auto-responsabilidad no tendió a vincularse con errores o situaciones de violencia que ellos mismos han cometido o propiciado en el pasado, es como si lo que se hizo en el pasado no contara, en este sentido resulta pertinente preguntarse por el sentimiento de la “culpa” y cómo se maneja en las situaciones de violencia.

En todo caso, las experiencias de violencia generan sentimientos de tristeza y frustración. Durante el trabajo de campo, fue muy usual encontrar personas adultas mayores que dicen o parecen sufrir depresión; si bien, ésta no siempre se vinculan de manera directa con la existencia de violencia, en la mayoría de los casos ambas variables parecen tener una fuerte relación. El envejecimiento por sí mismo, junto con el desgaste físico que ocasiona en la persona adulta mayor, así como las percepciones negativas sobre la vejez, tienden a ir de la mano con los estados depresivos, en los cuales las personas adultas mayores se sienten inútiles, relegadas y tristes. Un factor que aumenta estos sentimientos es la preocupación por “no molestar”, “no dar lata” a los parientes y no querer que “batallen” en su cuidado.<sup>108</sup> Este estado anímico propicia una sensación de ya no querer vivir y de desear la muerte. Según uno de los adultos mayores entrevistados en su vivienda, “yo estoy muerto, está muy triste, como le digo, la soledad mata”.<sup>109</sup> Dichas situaciones son lidiadas por medio de la religiosidad, por ejemplo, recibir la visita de una monja, rezar y pedirle a Dios que la situación cambie o que llegue la muerte.

### **III.3.4 Situaciones de riesgo observadas a través del trabajo etnográfico**

Durante el trabajo etnográfico se identificaron ciertas situaciones de riesgo vinculadas con el sufrimiento de violencia en las personas adultas mayores, así como con su práctica por parte de familiares y cuidadores. La experiencia de campo permitió constatar la importancia de que se conformen equipos interdisciplinarios para la

---

<sup>108</sup> Entrevista D-AM-29-27-11-14.

<sup>109</sup> Entrevista L-AM-26-05-11-14.

atención de la salud de las personas adultas mayores y sus cuidadores. A pesar de la complejidad de los casos de violencia y de las historias particulares del conflicto, se puede establecer algunos patrones que deben generar alerta en el personal de salud, ya que advierten sobre posibles experiencias de violencia. Si bien, la presencia de dichas situaciones no es una señal inequívoca de la existencia de conductas violentas hacia la persona adulta mayor, es importante indagar más en cada caso en particular para comprender las razones por las cuales se presentan. Es pertinente la identificación de tales patrones desde la perspectiva del trabajo etnográfico, lo cual puede enriquecer la mirada de los profesionales de la salud que atienden a las personas adultas mayores.

Los estados depresivos y el llanto exacerbado fueron quizá la situación más común entre las personas adultas mayores entrevistadas que sufren violencia. Si bien la depresión y la sensación de tristeza también fueron asociadas con frecuencia al hecho mismo de envejecer, dichos sentimientos se acentuaron con el sufrimiento de distintas formas de violencia en el hogar. Aunque los estados depresivos o la tristeza no son en sí mismas situaciones que den cuenta de la existencia de conductas violentas hacia las personas adultas mayores, son señales de alerta. A pesar de lo evidente que pueda resultar el vínculo entre la violencia y los estados depresivos, es pertinente señalarlo, pues de acuerdo con las observaciones realizadas en campo, esta relación no siempre es hecha por parte de los profesionales de la salud, al punto en que llega a ser omitida y, con ello, se pasa por alto un indicio clave de sufrimiento de violencia.

Un ejemplo de ello fue el caso de un adulto mayor visitado en su domicilio, quien tiene secuelas de un EVC y se encuentra en silla de ruedas debido a una parálisis. Al hablar con él, lloraba de forma recurrente y la profesional de la salud que estaba presente al momento de la entrevista no indagó la razón de este comportamiento. Durante la entrevista se pudo documentar algunas conductas violentas en su contra (tales como no atenderlo cuando lo necesita, echarlo de la casa, agredirlo verbalmente y amenazarlo con hacerle daño). La situación fue comentada con la psicóloga que atiende a la población del programa de ADPV de la jurisdicción Iztapalapa. Ella señaló

que, de acuerdo con sus indagaciones, era posible que, en algunos casos, las personas que sufren eventos cerebro-vasculares presenten alteraciones en sus estados emocionales, tales como llorar de manera recurrente y sin razón aparente. En todo caso, aunque esta explicación sea acertada, no dar por sentado el estado emocional del adulto mayor permitió dar cuenta de algunas situaciones de violencia que han ocurrido en su domicilio.

Es importante fomentar el reconocimiento de los distintos tipos de violencia en el personal de salud, ya que otra señal de alarma son algunas prácticas de violencia que ocurren frente a los profesionales. Un ejemplo de ello son los comentarios sarcásticos del familiar y cuidador hacia la persona adulta mayor. Por ejemplo, en uno de los domicilios visitados, una adulta mayor de 65 años imposibilitada para caminar comentó que quería obtener la vacuna de la influenza. Las profesionales de la salud explicaron que ellas no aplican dicha vacuna y que, por tanto, es necesario acudir al centro de salud, a lo cual la cuidadora respondió con un comentario sarcástico a la adulta mayor, diciéndole que se levantara y fuera al centro de salud. Hay que anotar que, en este caso, las profesionales han hecho un esfuerzo para que la adulta mayor sea atendida por una religiosa que le da terapias psicológicas. Sin embargo, la intervención de la cuidadora no generó ninguna respuesta de su parte. En este sentido, se debe capacitar y sensibilizar al personal de salud para que no deje pasar por alto las situaciones de violencia que ocurren en su presencia y, asimismo, para que tenga herramientas para actuar (por ejemplo, haciéndole notar al cuidador que está hiriendo o afectando emocionalmente a la persona adulta mayor). Es importante que el cuidador se desahogue pues, como se ha mencionado, la labor de asistencia a la persona adulta mayor tiende a concentrarse en una persona y a generar una gran carga emocional y de trabajo; sin embargo, cuando las quejas adquieren un tono categórico (por ejemplo, cuando el familiar y cuidador afirma no poder atender más a la persona adulta mayor) o sarcástico (como en el ejemplo citado), es momento de encender una señal de alarma, pues es posible que se estén generando situaciones de violencia hacia la persona adulta mayor. Más que estigmatizar o acusar a los familiares y cuidadores,

sería importante que el personal de salud indagara en estas situaciones y atendiera también a los familiares involucrados en el cuidado de la persona adulta mayor.

Otra situación que debe generar acciones oportunas de parte del personal de salud son los entornos insalubres para la vida de la persona adulta mayor, así como ciertas enfermedades derivadas de vivir en ellos —por ejemplo, las infecciones causadas por falta de higiene—. El entorno de vida de la persona adulta mayor puede ser una evidencia de abandono o negligencia en el cuidado, lo cual debe ser atendido de manera oportuna porque genera impactos directos en la salud, tanto física como emocional. El reconocimiento de los ambientes insalubres o que denotan negligencia hacia la persona adulta mayor debe distinguirse del simple ejercicio de imponer juicios de valor sobre la forma en que conviven las familias visitadas. Por ejemplo, una de las profesionales del programa de ADPV se refirió a un cuidador como uno de los más “pulgosos”. Entretanto, en su censo de pacientes, se encontró uno de los casos más críticos de abandono, el de una paciente que vive en una cocina húmeda, con objetos acumulados y duerme en un sillón. En este caso, la intervención debió ocurrir de manera más oportuna al advertir que el entorno de la adulta mayor no es saludable para ella y que su hijo no le brinda los cuidados que requiere. Durante la entrevista se encontraron otras formas de violencia, en especial agresiones verbales de parte del cuidador. Por su parte en la delegación Gustavo A. Madero, las profesionales del programa de ADPV nos advirtieron sobre algunos aspectos críticos de la higiene en las viviendas (por ejemplo, la presencia de chinches y otros parásitos), así como por sugerir a los pacientes tomar acciones al respecto. Más que realizar juicios de valor, es importante que los profesionales identifiquen estas situaciones de insalubridad y las hagan notar a las personas adultas mayores y a sus familiares y cuidadores.

Otro aspecto recurrente en los casos de violencia, fueron las actitudes de los familiares y/o cuidadores, quienes en ocasiones mostraron prevenciones o molestias al ser visitados. Este fue el caso en las situaciones de abandono más críticas observadas durante el trabajo de campo, en las cuales los cuidadores intentaron entorpecer las

entrevistas, no permitiendo privacidad con la persona adulta mayor, no respondiendo las preguntas o poniéndose en una actitud defensiva.

No es posible establecer fórmulas para identificar los casos de violencia hacia las personas adultas mayores. Las situaciones antes señaladas fueron observadas durante el trabajo etnográfico, pero es probable que estén naturalizadas desde la perspectiva de los profesionales de la salud y, por tanto, ellos no las perciban como señales de alerta que ameritan intervenciones oportunas, ni como signos de la necesidad de indagar más en el cuidado que se le está brindando a la persona adulta mayor.

## **CAPÍTULO IV**

### **PERCEPCIONES DE LA VEJEZ Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA HACIA LA PERSONA ADULTA MAYOR**

#### **IV. Introducción**

El acelerado envejecimiento de la población es uno de los hechos sociales más importantes y con implicaciones de más largo alcance en las sociedades contemporáneas. Este fenómeno se caracteriza principalmente por el incremento de la población de 60 y más años de edad y el aumento de la esperanza de vida al nacer. Existe el reconocimiento de que el envejecimiento de la población no es un mero producto del devenir biológico de la naturaleza humana, sino también un hecho construido socialmente (Kehl y Fernández, 2001). Las concepciones sociales de la vida y el cuerpo hacen parte de una representación de la realidad y son puntos de partida para entender diversas cuestiones que plantea esta etapa.

Existen diversos estudios que han buscado conocer la imagen social de las personas adultas mayores, en los cuales se ha encontrado la existencia de un patrón generalizado de rasgos considerados normativos en la vejez. Desafortunadamente, este patrón está cargado de nociones negativas, que asocian la vejez a una etapa de declive físico y mental, sobre la cual, independientemente de la situación y condición de vida de las personas adultas mayores, se proyecta una imagen de enfermedad, incapacidad, inseguridad económica, resistencia al cambio, dependencia, soledad, decadencia y falta de intereses vitales (Palmore, 1990; Thornton, 2002; Levy y Banaji, 2002). El envejecimiento, entonces, pasa de ser un fenómeno natural dentro del curso de vida del ser humano, a un principio de amenaza y degradación, por lo cual no es precisamente esperado con felicidad (Romero, 2005).

En efecto, estas construcciones sociales negativas tienen una relación profunda con el tema de la violencia hacia las personas adultas mayores, en la medida en que la legitiman e inhiben o reprimen la respuesta de quienes la sufren. En este trabajo se reconocen las dimensiones sistémicas de la violencia, para lo cual se utiliza el concepto de *violencia simbólica* o *cultural* como marco para comprender la relación existente entre la construcción social de la vejez y su relación con la violencia hacia las personas adultas mayores. La violencia simbólica o cultural se refiere a las formas de daño que se expresan en las mentalidades, las creencias, los valores y los modos de pensar y de dirigir las acciones que suelen convertirse en nefastos “sentidos comunes”, los cuales invitan a la violencia directa e intentan legitimar la violencia estructural (Galtung, 2003).

El propósito de este capítulo es conocer las formas en que las personas adultas mayores, los miembros de la familia o cuidadores y los profesionales de la salud, perciben y significan la vejez y la violencia. A partir de estas construcciones sociales, se analizará su relación con la violencia que sufren las personas adultas mayores en el ámbito familiar. Para ello, este texto estará dividido en tres partes. En la primera, se indagará en las percepciones de las personas adultas mayores, los familiares/cuidadores y los profesionales de la salud sobre el envejecimiento y la vejez. En la segunda, se abordará las percepciones acerca de la violencia expresadas por los tres grupos, es decir, los comportamientos que conciben como violentos, sus causas y consecuencias y las acciones que ameritan. En tercer lugar, se reflexionará sobre algunas de las implicaciones de estas percepciones en la atención y la denuncia. Esta última sección permitirá identificar algunas barreras para la atención integral de la violencia hacia las personas adultas mayores, lo cual constituye un punto fundamental en el desarrollo de estrategias de atención en los servicios de salud.

Para comprender tales percepciones y su relación con las visiones negativas hacia la vejez y el envejecimiento, se utilizó los conceptos de estereotipo, prejuicio y estigma. Por medio de ellos, se hará una aproximación a las valoraciones sobre la vejez y la violencia expresadas por los tres grupos entrevistados, con el fin de establecer un



vínculo entre sus percepciones y la violencia que sufren las personas adultas mayores. Aunque se partió de los conceptos de estereotipo, prejuicio y estigma, la hipótesis que se planteo es que las percepciones negativas sobre la vejez no son la única causa o explicación de la violencia hacia las personas adultas mayores, pues existen otros factores sociales, económicos, culturales o familiares que pueden incidir en estas prácticas violentas.

#### **IV.1 Percepciones sobre la vejez y el envejecimiento**

Las percepciones y valoraciones en torno a la vejez y al envejecimiento se exploraron por medio de una sección en la guía de preguntas (véase anexos 1, 2 y 3), las cuales permitieron identificar valoraciones positivas y negativas, cambios en diversas dimensiones de la vida de las personas adultas mayores y estereotipos sobre la vejez y el envejecimiento. Sin embargo, en algunos casos, fue difícil establecer si una opinión podría ser considerada como positiva o negativa, por lo cual se reunieron dichas percepciones que fueron, en apariencia, más neutras, pues no evidenciaron de forma clara una valoración buena o mala sobre la vejez. Asimismo, en otros testimonios, las valoraciones positivas y negativas se produjeron de manera conjunta. En este sentido, es importante tener en cuenta que, aunque este criterio de clasificación resultó útil para la organización y análisis de la información recolectada, no siempre los discursos de los entrevistados se expresaron en estos términos o de acuerdo a una distinción entre positivo y negativo, ni tampoco las valoraciones contrastantes fueron excluyentes entre sí.

Como se muestra en los siguientes apartados, entre los entrevistados se identificaron tres criterios principales para definir la vejez: la edad cronológica, el envejecimiento físico y los cambios sociales.<sup>110</sup> Cada uno de ellos se vinculó con percepciones negativas y positivas sobre el significado del envejecimiento.

---

<sup>110</sup> Morgante, Remorini y Esnaola (2007) utilizan una clasificación similar, basada en el trabajo de Huenchuán (2005). La autora propone que una teoría de la edad debe distinguir tres dimensiones: la edad cronológica, la fisiológica y la social.

## **IV.1.1 La mirada desde dentro: las personas adultas mayores**

### **IV.1.1.1 Percepciones y valoraciones negativas sobre la vejez y el envejecimiento**

Entre las personas adultas mayores entrevistadas, la vejez a menudo fue concebida como una fase de la vida que representa más desventajas que ventajas. Estas valoraciones fueron comunes entre los entrevistados, tanto entre quienes se encuentran en situación de dependencia y fueron consultados en sus hogares, como entre quienes aún son autónomos y asisten a los centros de salud. Por tanto, las valoraciones negativas no están relacionadas de manera directa con la dependencia ni con el sufrimiento de violencia, sino que parecen ser percepciones bastante generalizadas entre el grupo de personas adultas mayores consultadas. ¿De qué manera se manifiestan dichas valoraciones negativas?

Aunque no se halló un consenso sobre la edad que marca la entrada a la vejez, la llegada a esta etapa no sólo fue relacionada por los entrevistados con la edad cronológica, sino con el envejecimiento físico y el consecuente desgaste. Así, la vejez como el aumento de la edad fue asociada, de manera frecuente, a la llegada de enfermedades y dolores, la necesidad de aparatos que faciliten la movilidad y la imposibilidad de tener autonomía. En este sentido, la vejez fue concebida como una edad de limitaciones, debido a que las personas adultas mayores pierden capacidades. Por tanto, requiere resignación y aceptación o, como lo definió uno de los adultos mayores entrevistados, “no esperar más de lo que podemos tener, porque quisiera uno tener lo que tenía cuando era joven pero no nos podemos regresar, menos a la juventud”.<sup>111</sup> De igual manera, la vejez fue también asociada con el deterioro y el cansancio, como en el caso de un adulto mayor, quien afirmó que

[...] la característica principal [de las personas adultas mayores] ha de ser esa: sentirse uno ya cansado, que ya no sirve uno para nada, como me siento yo ahorita, pero casi tengo 78 años y le digo, más que nada por la falta de trabajo, es a mí lo que me acabó, de unos 4 o

---

<sup>111</sup> Entrevista D-AM-09-21-10-14.

5 años para acá, fue lo que me acabó, cuando me dijeron que ya no trabajara, me acabé por completo.<sup>112</sup>

En relación con esta percepción, también fue frecuente que los entrevistados identificaran la vejez con una etapa de dependencia: “yo digo que la vejez es cuando uno ya no puede hacer nada, ya está imposibilitado de que ya no puede salir sola, por achaques que tenga uno, [...] ya no puede uno salir, ya no puede uno hacer nada”.<sup>113</sup> En este testimonio en particular, la entrevistada identificó tal valoración con una situación positiva, como lo es el hecho de ser atendida por su familia: “ahora ya soy muy feliz porque me hacen todo y solo me la paso todo el día acostada, me dan de comer hasta aquí (risas)”. No obstante, la dependencia y la necesidad de ayuda fueron casi siempre asociadas a percepciones negativas del envejecimiento y con emociones como la tristeza y la vergüenza. Otra entrevistada opinó que la vejez es “no poder hacer sus cosas o valerse por sí solo”,<sup>114</sup> mientras que otro de los adultos mayores dijo que, como ya está viejo, “ya no sirvo para nada”.<sup>115</sup>

La vejez también fue explicada como la acumulación de tiempo transcurrido o el paso de los años.<sup>116</sup> En algunos casos, los entrevistados explicaron que empezaron a considerarse personas adultas mayores sólo a raíz de la desmejora en su estado de salud. Por ejemplo, una de las adultas mayores (65 años) entrevistadas en su domicilio, con cáncer de ovario, opinó que

No me consideraba [una persona adulta mayor], ahora ya me considero.

Entrevistadora: ¿Por qué no se consideraba y ahora ya se considera?

Adulta mayor: No me consideraba porque podía ir, venir, hacerme, no dependía de nadie y ahorita empiezo a hacerme dependiente, por eso siento.

E: ¿Pero si no se hubiera presentado el cáncer y usted hubiera seguido cuidando a la nieta, no se consideraría?

AM: No me hubiera yo considerado.<sup>117</sup>

---

<sup>112</sup> Entrevista N-AM-16-05-11-14.

<sup>113</sup> Entrevista N-AM-10-29-10-14.

<sup>114</sup> Entrevista D-AM-04-14-10-14.

<sup>115</sup> Entrevista N-AM-16-05-11-14.

<sup>116</sup> Entrevista L-AM-03-20-10-14.

<sup>117</sup> Entrevista L-AM-03-20-10-14.

En otros testimonios, la vejez fue percibida como una etapa más de la vida. La percepción de la vejez como *etapa* de la vida trae consigo visiones ambivalentes: puede ser negativa puesto que el envejecimiento genera incertidumbre y miedos sobre el futuro (en especial relacionados con la posibilidad de la dependencia económica o física y de la enfermedad), pero también puede ser positiva en el sentido de que es una época de acumulación de conocimientos y de renovación de nexos familiares (tales como los vínculos con nietos y bisnietos y una renovada atención de los miembros de la familia sobre la persona adulta mayor).

Dentro de las percepciones que destacan el envejecimiento como una etapa o parte del curso de vida, la vejez también fue identificada con la llegada de la muerte o con la “reducción de los años”.<sup>118</sup> Esta preocupación por el final de la vida a menudo aparece asociada a concepciones religiosas que resaltan el papel de Dios como aquel que decide el momento de la muerte, lo cual implica disfrutar y agradecer esta licencia. Al respecto, una adulta mayor explicó que “ya está acabando mi vida, pero Dios no me llama, hasta que Dios me llame quedo conforme, yo no puedo disponer de mí, el que dispone es Dios”;<sup>119</sup> otra de las adultas mayores entrevistadas, una mujer de 87 años, afirmó, “¿qué quiere usted que haga yo?, estoy contenta que Dios me da licencia, yo sigo adelante mientras mi Jesús me de fuerza y vida, que es el único que tiene que verme...”.<sup>120</sup> De acuerdo con un adulto mayor de 78 años

La vejez para mí, aparte de las enfermedades, o será que ya estoy, ¿cómo decirle? Ya pienso en la muerte, pues ya a cierta edad que ya, ya los nietos, los hijos como que ya no lo necesitan a uno, pero pues ahí está batallando hasta que Dios diga y nos recoja, pero le digo: estoy disfrutando más la vejez con todas, todas mis enfermedades, con todos mis achaques, que mi niñez y mi juventud.<sup>121</sup>

Este caso es un ejemplo de cómo, en algunos testimonios, las valoraciones negativas del envejecimiento dan lugar a percepciones positivas, de aprovechamiento de la vida y de disfrute de la nueva situación. En el marco de los valores católicos, la vida debe

---

<sup>118</sup> Entrevista D-AM-21-11-11-14.

<sup>119</sup> Entrevista N-AM-13-03-11-14.

<sup>120</sup> Entrevista D-AM-16-04-11-14.

<sup>121</sup> Entrevista N-AM-16-05-11-14.

ser agradecida a Dios y no se debe desear acabar con ella, aún si es la propia, a riesgo de cometer un grave pecado. En este sentido, es Dios quien dispone del momento de la muerte y, aunque la persona adulta mayor no se sienta a gusto con su situación actual, debe aceptar que ha sobrevivido a su edad por alguna razón. El momento de morir no se decide, ya que es un designio divino.

La visión del envejecimiento como el acercamiento a la muerte también está relacionada con la percepción de este proceso vital como el final de la juventud; esta es percibida como una etapa opuesta a la vejez, en la cual hay autonomía económica y de movimientos, así como acontecimientos emocionantes:

[...] se acabó lo bueno de la vida, ya nada más nos queda aguantar lo que Dios nos mande porque ya se nos acabó la alegría de aquella juventud que vivimos, ya se acabó y hay que aguantar con paciencia lo que viene, lo malo que viene, porque ahora si ya nos comimos las maduras, y ahora hay que comernos las podridas.

Entrevistadora: ¿Qué es eso malo que les viene?

Adulto mayor: Pues le digo, ya vivió uno la juventud, que es la alegría y todo, las emociones de joven y todo, ya viejos se le acaba uno todo, la risa, se ríe uno de vez en cuando con la gente pero ya no es igual, cuando uno estaba joven se le iba el tiempo en cualquier cosa o se le pasaban a uno los días, digamos, en la calle o paseando, ya se acabó todo eso, ya nos queda aguantar lo que nos queda de vida, aguantarlo con paciencia lo que nos pueda venir, porque ya qué espera uno, ya nada más este que Dios se acuerde de un viejo, ya se acabaron las emociones...<sup>122</sup>

De esta manera, la vejez marca un cambio de roles, relaciones sociales y actividades con respecto a fases más tempranas de la vida. De acuerdo con esta perspectiva, el envejecimiento se opone a la etapa juvenil, porque “ya no tiene uno el trabajo, la fuerza, la agilidad de la juventud”.<sup>123</sup> Dado que existe una gran brecha en la experiencia de ser joven y ser adulto mayor, otra de las mujeres entrevistadas en un centro de salud explicó que, a su parecer, “a la juventud no le gusta lidiar con los adultos mayores”.<sup>124</sup>

Dado que el envejecimiento se convierte en una limitación, varios de los entrevistados lo identificaron como una desventaja, en el sentido de que no permite “hacer las cosas

---

<sup>122</sup> Entrevista D-AM-24-14-11-14

<sup>123</sup> Entrevista N-AM-09-28-10-14.

<sup>124</sup> Entrevista N-AM-10-29-10-14.

que uno quiere”.<sup>125</sup> Según una de las adultas mayores entrevistadas en los centros de salud, “aunque uno no quiera no es lo mismo estar joven a estar ya no más de que ya le duele esto, que ya se cansó, porque antes yo no me cansaba”. Sin embargo, cuando el envejecimiento es, en sí mismo, una desventaja, resulta positivo no sentirse viejo. Por ejemplo, una adulta mayor reconoció que “estoy vieja, pero yo me siento bien”.<sup>126</sup>

Ante la perspectiva de la total dependencia, poder realizar actividades cotidianas es un motivo de orgullo y de reivindicación para muchas de las personas adultas mayores entrevistadas. Por ejemplo, un hijo cuidador relató cómo a pesar del deterioro que ha tenido su mamá, ella sigue contribuyendo en los quehaceres del hogar porque de esa manera se siente útil. Pese a que la adulta mayor ya no tiene las mismas capacidades para hacer las labores domésticas, el hijo decide dejar que ella colabore en éstas, aunque ello implique que él las debe volver a realizar para corregir sus fallas (tales como no lavar bien los trastes o la ropa).<sup>127</sup> Al ser la familia la célula social básica, los roles económicos y sociales de las personas adultas mayores en sus hogares les otorgan un lugar en el mundo. Por ello, incluso en el caso de las personas adultas mayores que se han dedicado a las labores del hogar (tales como el cuidado de hijos y nietos, el quehacer de la vivienda y la atención a la pareja), no poder realizar dichas actividades conlleva a una sensación de angustia y tristeza. Por el contrario, mantener la autonomía en la vejez y desempeñar una actividad concebida como útil genera percepciones más positivas sobre el envejecimiento, las cuales se abordarán más adelante.

Aunque para los entrevistados fue común que la edad determinara el hecho de ser o no una persona adulta mayor, dicha edad cronológica puede ir acompañada de otros rasgos, tales como el deterioro cognitivo y físico. Por ejemplo, ante la pregunta de si se considera una persona adulta mayor, una de las entrevistadas (68 años) con diabetes quien perdió una de sus piernas, respondió “de edad, como lo ponen, pues sí, pero mentalmente no, físicamente, con ciertas restricciones, por mi problema que

---

<sup>125</sup> Entrevista N-AM-08-27-10-14.

<sup>126</sup> Entrevista N-AM-10-29-10-14.

<sup>127</sup> Entrevista L-FC-02-14-10-14.

tengo de la amputación, pero en sí, no”.<sup>128</sup> No se halló un consenso sobre la edad que determina la llegada a la etapa de la vejez, la cual tendió a oscilar entre los 60 y 80 años. Sin embargo, dicha percepción no se puede cuantificar, debido a que no fue el único criterio que utilizaron los entrevistados para explicar en sus términos el significado del envejecimiento y la llegada a la vejez como una etapa más de la vida.

De igual manera, la dimensión social del envejecimiento está vinculada con ciertos cambios en las relaciones familiares y con la cesión de roles de autoridad y decisión dentro del grupo familiar. En este sentido, la vejez no representa ventajas “porque uno va entendiendo que uno no va a seguir igual en cualquier momento, entonces uno tiene que ir cediendo los roles”.<sup>129</sup> Al respecto, uno de los cambios familiares que anotaron varias de las personas entrevistadas fue una menor valoración de sus opiniones en el hogar. Un ejemplo de esta percepción es el de una mujer de 87 años, entrevistada en su hogar, quien afirmó que

[...] Tengo mucho, mucho tiempo que ya no digo nada, que no quieren, que no me sé explicar bien, que no hablo bien, ¿entonces para qué hablo?

Entrevistadora: ¿Quién le dice eso?

Adulta Mayor: Mi marido.

E: ¿Y sus hijos?

AM: No, ellos no me dicen, bueno, sí, una hija me dice: “¿Qué no te fijas bien lo que vas a decir?, por eso se enoja mi papa”... Pues ya no digo nada.

E: ¿Entonces de un tiempo para acá usted ya no dice nada?

AM: No, si, porque luego les digo por ejemplo: ¿Ya apagaron la estufa?, y me dicen: “Ya vas a empezar”, pues si, por que huele a gas, ¿y que ya hicieron esto? Ay, ya vas a empezar, de cualquier cosa que les diga, luego dicen que no, que nomás estoy hablando.<sup>130</sup>

Estas percepciones negativas fueron documentadas tanto entre las personas adultas mayores dependientes, como entre quienes todavía son autónomas y asisten por su cuenta a los centros de salud. Asimismo, fueron manifestadas por sujetos con experiencias divergentes en torno a la violencia, es decir, no todos aquellos quienes definieron la vejez de manera negativa han sufrido o sufren formas de violencia

---

<sup>128</sup> Entrevista D-AM-03-09-10-14.

<sup>129</sup> Entrevista L-AM-03-20-10-14.

<sup>130</sup> Entrevista L-AM-05-04-11-14.

relacionadas con su edad. Un ejemplo de ello es el de una paciente de 69 años, entrevistada en uno de los centros de salud, quien opinó:

Pues yo creo que estoy mal, pero para mí [la vejez] es lo peor que nos puede pasar como personas. A lo mejor yo lo veo así, y me siento así, le digo, yo tengo mucho amor por parte de mi familia, me quieren y se preocupan, y todos mis nietos, mis nueras, todos en realidad, pero el hecho de estar vieja es difícil porque hay cosas que llega el momento que ya uno no las puede hacer, que uno hacía antes, que me subía a una silla solita y sin más nada, ahora ya no lo puedo hacer, y si tengo que bajar una cosa, no lo puedo hacer, entonces eso es donde viene la impotencia para poderse valer a uno mismo, o para caminar, me he caído muchas veces, apenas me caí, me tropecé y allá voy a dar, ahorita todavía traigo mi cara hinchada porque me pegué, me fui de boca, entonces esas son cosas que sí le duelen a uno llegar a ser viejo, porque dice uno, bueno, yo antes hacía esto, yo iba, venía, me movía, yo siempre fui de andar sola en la calle, ahorita no me dejan casi, y a veces hasta a mí me da miedo andar sola en la calle porque ya no sé qué puede pasar, me ha pesado la vejez, me está pesando la vejez, porque yo le digo, todavía hace un año yo me movía, trabajaba, ahorita ya no, es duro llegar a la vejez y estarla viviendo, porque ya no es igual.<sup>131</sup>

El caso de esta adulta mayor llama la atención porque, si bien es una mujer que vivió una prolongada experiencia de violencia con su pareja, en la actualidad es viuda y goza de una relación cercana y amorosa con sus hijos. En su caso, su percepción negativa del envejecimiento no se relaciona con una vivencia reciente de violencia.

Sumado al deterioro de la salud, que afecta la autonomía de la persona adulta mayor, otro aspecto visto como una limitación durante la vejez es la falta de acceso a opciones laborales. Así, una adulta mayor entrevistada en un centro de salud contó que la vejez es “dura” porque “ya no [se] puede trabajar, ya no es igual, ya ve que ahora contratan a los jóvenes, y la gente mayor pues no”. De esta manera, el deterioro de la salud y la precariedad económica contribuyen en la creación de estas visiones negativas por parte de las personas adultas mayores. Por ello, la vejez requiere aceptación y resignación por parte de las personas adultas mayores, quienes a su vez necesitan que los demás les “tengan paciencia”.<sup>132</sup>

Si entendemos los estereotipos como imágenes simplificadas, y a menudo difamatorias de la realidad, las valoraciones negativas antes descritas darían cuenta

---

<sup>131</sup> Entrevista N-AM-11-30-10-14.

<sup>132</sup> Entrevista N-AM-12-31-10-14.



de la existencia de estereotipos negativos sobre la vejez y el envejecimiento entre las propias personas adultas mayores. De acuerdo con las percepciones descritas, no se valoran a partir de sus contribuciones ni se conciben como individuos capaces de realizar aportes diversos a su entorno familiar y social. Según estas miradas, la vejez es reducida a una época de enfermedad y desgaste.

Con el aumento de la esperanza de vida, ciertas enfermedades crónicas y degenerativas afectan el desempeño de las personas adultas mayores. El problema de las percepciones negativas que identifican al envejecimiento con el sufrimiento de enfermedades y con el surgimiento de limitaciones es que, como se mostrará más adelante, puede llegar a justificar ciertas formas de violencia. A su vez, tales justificaciones contribuyen a la naturalización de las conductas de violencia y abuso. En este sentido, un reto en la atención a este sector de la población sería promover nuevos significados sociales sobre lo que implica envejecer, tarea enorme que debe ser promovida desde el propio sistema de salud.

El hecho de que el envejecimiento sea representado por las mismas personas adultas mayores como una etapa en la cual predominan los aspectos negativos es importante para comprender sus percepciones sobre la violencia, así como las explicaciones y justificaciones que le dan a las conductas de maltrato y abuso en su contra. En tanto el envejecimiento sea una característica negativa y convierta a quienes llegan a esta etapa de la vida en sujetos inútiles, disminuidos y dependientes, la violencia adquiere una justificación por parte de sus propias víctimas. La naturalización de diversas formas de violencia hacia las personas adultas mayores está vinculada con la propia percepción que los miembros de este grupo tienen sobre sí mismos. En otras palabras, la existencia de visiones simplificadas sobre el proceso de envejecimiento contribuye a que las conductas de violencia en contra de las personas adultas mayores sean percibidas como normales y a que el subregistro de estos casos sea un problema en su identificación y atención oportuna.

#### **IV.1.1.2 Percepciones y valoraciones positivas sobre la vejez y el envejecimiento**

Entre las personas adultas mayores entrevistadas, las valoraciones positivas del envejecimiento tendieron a centrarse menos en los criterios de edad cronológica y física y más en la edad social, es decir, resaltaron que la construcción social de la vejez reviste algunas ventajas, las cuales tienen que ver con ciertos cambios en los roles familiares. Las valoraciones positivas sobre el envejecimiento fueron expresadas junto con opiniones menos favorables o negativas en torno a la vejez. Como se explicó antes, las valoraciones del envejecimiento no dependen de manera exclusiva del sufrimiento de violencia. Así, mientras que en algunos casos las personas adultas mayores que conciben este proceso de manera negativa no manifiestan sufrir violencia en la actualidad, en otros, quienes han pasado por alguna experiencia de abuso o maltrato logran ponerla de lado y rescatan aspectos gratificantes del envejecimiento. Un ejemplo de ello fue el de una adulta mayor de 74 años, que no puede caminar por una caída. En su testimonio, la experiencia de violencia verbal y psicológica que ha vivido con su hermano y cuidador se entremezcló con una visión de la vejez como una fase “muy natural” de la vida.<sup>133</sup> No es posible, entonces, establecer fórmulas que conlleven a un envejecimiento pleno, pues la valoración de este proceso depende de múltiples aspectos personales, familiares, psicológicos, físicos y sociales, así como ambientales y/o contextuales, donde lo cultural juega un papel preponderante. Estas diferencias en la concepción del envejecimiento indican la necesidad de comprenderlo como un proceso heterogéneo, que no ocurre de la misma manera en todos los casos y que se vive de distintas maneras.

Para las personas adultas mayores que sustentaron sus percepciones positivas del envejecimiento en la edad cronológica, ésta fue motivo de satisfacción y vista como un privilegio, por ser un límite de edad al que no todos los individuos pueden llegar. Por ejemplo, uno de los adultos mayores entrevistados en los centros de salud, opinó que la vejez es “una cosa maravillosa de que no cualquiera llega”.<sup>134</sup> Entretanto, una adulta

---

<sup>133</sup> Entrevista N-AM-29-04-12-14.

<sup>134</sup> Entrevista D-AM-10-24-10-14.

mayor, también entrevistada en un centro de salud y quien vive un conflicto con sus hijos por la herencia de su vivienda, habló de “la satisfacción que tengo, que Dios me ha dado tanto tiempo y todavía estoy aquí, cuántas personas se mueren jóvenes, más jóvenes y mire, aquí estoy yo todavía”.<sup>135</sup>

El envejecimiento físico fue asociado con señales como las arrugas, las canas o el uso de un bastón, que la mayor parte del tiempo se perciben como negativas, aunque pueden también ser una reivindicación de la importancia de haber vivido mucho tiempo. Al respecto, una de las adultas mayores entrevistada en los centros de salud, opinó que “el corazón no envejece, el cuero es el que se arruga”,<sup>136</sup> mientras que otra señaló que “la vejez es muy bonita, yo por eso no me pinto mi pelo, porque me gusta aparentar mi edad”.<sup>137</sup>

Para varias de las personas adultas mayores entrevistadas, la dimensión social del envejecimiento reviste ventajas y aspectos rescatables. Ejemplos de ello son las valoraciones positivas basadas en la reafirmación y renovación de lazos familiares con los miembros más jóvenes de la familia, como lo son los nietos y bisnietos. En este sentido, una de las adultas mayores entrevistadas en los centros de salud, opinó que la vejez “es una etapa muy bonita porque tiene uno recuerdos y pasa unos momentos felices con los hijos, nietos y bisnietos”.<sup>138</sup> Otra de las entrevistadas comentó que, al cambiar las expectativas sociales y familiares que recaían sobre ella, vive una etapa de más autonomía, en la medida en que “hago lo que puedo y al que le parezca, y al que no, [no] me importa”.<sup>139</sup>

Otro de los significados sociales de la vejez valorados por los entrevistados fue la acumulación de saberes y aprendizajes. En este sentido, una adulta mayor, opinó que la vejez da “la sabiduría, la luz, el entendimiento para comprender los errores de los

---

<sup>135</sup> Entrevista N-AM-10-29-10-14.

<sup>136</sup> Entrevista N-AM-08-27-10-14.

<sup>137</sup> Entrevista N-AM-09-28-10-14.

<sup>138</sup> Entrevista D-AM-09-21-10-14.

<sup>139</sup> Entrevista D-AM-07-17-10-14.

demás, porque tal vez tú ya pasaste por todo eso”.<sup>140</sup> Sin embargo, este tipo de visiones no fueron muy comunes entre las personas adultas mayores entrevistadas.

Entre varias de las personas adultas mayores que expresaron valoraciones positivas sobre el envejecimiento, un elemento en común fue el hecho de que, en su juventud, aprendieron oficios que les permitieron tener autonomía económica y sostener a sus familias, o que en la actualidad gozan de situaciones económicas un poco más favorables que las observadas en la mayoría de las visitas domiciliarias (por ejemplo, que tienen ingresos distintos a las ayudas del gobierno, que cuentan con una vivienda propia, que han tenido o tienen negocios y/o que todavía se sienten en condiciones de trabajar). Al haber tenido una adultez productiva y satisfactoria en términos afectivos y económicos, estas personas adultas mayores explicaron el envejecimiento como una etapa “natural” de la vida.<sup>141</sup> Tal fue el caso, antes relatado, de la adulta mayor, quien se mostraba satisfecha de haber sido económicamente productiva como comerciante, o de un adulto mayor, quien aprendió diez oficios en su juventud y pudo sostener a su familia con éxito, aunque ahora es invidente y ha sufrido abandono y violencia verbal, este adulto mayor afirmó que “la juventud tiene la fuerza, la decisión, y el viejo tiene el conocimiento, entonces tienen que vivir los dos juntos, para que la sociedad y la humanidad sobreviva tenemos que estar jóvenes y viejos juntos”.<sup>142</sup> Otro ejemplo de esta visión es el de un adulto mayor entrevistado en uno de los centros de salud, quien fundó un taller de herrería que le proveyó medios para su subsistencia y el cual heredó a uno de sus hijos. Al preguntarle sobre sus opiniones acerca de la vejez, afirmó que ésta es un ciclo o una etapa y que, en su caso particular, “todo para mí ha sido tan satisfecho, estoy tan contento de la vida, y que gracias que todavía Dios me está dejando vivir, hasta cuándo, quién sabe [...]”.<sup>143</sup>

Para este grupo de personas adultas mayores que expresaron una mirada más positiva sobre el envejecimiento, los cambios asociados con la vejez no fueron tan

---

<sup>140</sup> Entrevista N-AM-29-04-12-14.

<sup>141</sup> Entrevista N-AM-29-04-12-14 y N-AM-35-15-12-14.

<sup>142</sup> Entrevista N-AM-33-10-12-14.

<sup>143</sup> Entrevista N-AM-34-15-12-14.

devastadores como en otros casos antes citados, pese a que el envejecimiento les impida ser tan productivos como antes, salir o realizar las mismas actividades que en su juventud y adultez. Sin embargo, los tres adultos mayores antes citados relataron situaciones de violencia, tales como agresiones verbales, abandono y abuso económico. Así, aunque el sufrimiento de violencia puede influir en la construcción del significado social del envejecimiento, no es una circunstancia determinante. Sin embargo, es probable que una construcción social negativa del envejecimiento incida en la práctica de formas de violencia directa.

En suma, de acuerdo con las personas adultas mayores entrevistadas, la vejez podría definirse de acuerdo con tres criterios: la edad; el envejecimiento físico, relacionado con el cuerpo y sus cambios, y el envejecimiento social, vinculado con las modificaciones en los roles familiares y sociales. En cuanto al primero, un ejemplo son las opiniones que definen a las personas adultas mayores como aquellos sujetos que han llegado a cierto límite cronológico en sus vidas. Con respecto al segundo, un ejemplo son las percepciones de la vejez como una época de enfermedades, así como la llegada del envejecimiento cuando la salud se deteriora. En cuanto al tercero, un ejemplo son las percepciones que hablan sobre la cesión de ciertos roles familiares, la creación de nuevos lazos afectivos y sociales que incluyen a los parientes más jóvenes, o la percepción de que, con el envejecimiento, las opiniones de la persona adulta mayor ya no son tenidas en cuenta en el ámbito familiar.

#### **IV.1.2 La mirada desde el entorno familiar: percepciones de los familiares y cuidadores sobre la vejez y el envejecimiento**

##### **IV.1.2.1 Percepciones y valoraciones negativas sobre la vejez y el envejecimiento**

De acuerdo con los familiares y cuidadores entrevistados, el envejecimiento está asociado con la enfermedad (física y mental), la cual genera dependencia y a su vez la necesidad de cuidados. Por tanto, el envejecimiento es visto como una gran desventaja en la medida que implica cuidar a una persona más en la familia. Por ello, así como en el caso de las personas adultas mayores, también entre los cuidadores

fue usual encontrar visiones negativas del envejecimiento, que tienen que ver con el deterioro físico, mental y con el cambio de roles sociales y familiares. El límite cronológico que marca la vejez no es concebida en sí misma como un atributo negativo, pero se convierte en una desventaja cuando va de la mano con la disminución de las facultades y habilidades de la persona adulta mayor. Por ejemplo un cuidador de 60 años que se hace cargo de su mamá, explicó que “Para mí, la vejez [...] es una cosa muy hermosa, siempre y cuando el cuerpo de esa persona este constantemente al cien por ciento, para mí la vejez es mala en cuanto comienzan a tener problemas (de salud) [...]”.<sup>144</sup> Un cuidador, quien asiste a su compañera, comentó que “si se puede uno mover, valerse por sí mismo, [la vejez] es bienvenida, pero si no puede uno y no tiene con que sustentarse y alimentarse es muy triste”.<sup>145</sup>

Una cuidadora que también se hace cargo de su mamá, explicó que “para mí la vejez es cuando ya no se puede valer por uno mismo, ya tiene que depender de alguien [...], la vejez es cuando ya la persona por más que quiera no se puede valer por sí sola, sino que tiene que depender de personas que la ayuden”.<sup>146</sup> Varios de los cuidadores entrevistados relataron que estos cambios que conlleva el envejecimiento han sido causantes de depresión en la persona adulta mayor y que, por tanto, su carácter se ha modificado. Por ejemplo, la cuidadora antes citada, explicó que su mamá “se deprimió mucho porque ya no podía hacer las cosas [...], y luego lloraba mucho, y luego le decía yo, por qué llora mamá, es que ya no puedo hacer las cosas [...]”.<sup>147</sup> Para algunos familiares y cuidadores, esta situación se traduce en lo que una de las entrevistadas llamó un “desgaste emocional”, pues “uno quiere verlos que le echen ganas o que uno trata de hacer lo mejor para que estén bien, y en el caso de mi hermana particularmente yo no le veo como que ni la chispa de entusiasmo y quizá eso es lo que de repente lo desmotiva a uno”.<sup>148</sup>

---

<sup>144</sup> Entrevista D-FC-03-14-10-14.

<sup>145</sup> Entrevista L-FC-01-13-10-14.

<sup>146</sup> Entrevista N-FC-07-03-11-14.

<sup>147</sup> Entrevista N-FC-07-03-11-14.

<sup>148</sup> Entrevista N-FC-15-26-11-14.

Los cambios psicológicos van de la mano con el deterioro físico que, según los cuidadores entrevistados, atraviesan las personas adultas mayores bajo su cuidado. Sumado a padecimientos como la depresión, el envejecimiento, desde la perspectiva de los cuidadores, puede generar nuevos rasgos en el carácter. Ejemplo de ello es volverse “atenido” y esperar “que que todo le hagan, que todo le sirvan, que le tengan así de atención”<sup>149</sup>; ponerse “más exigente, más neurótico” y ser menos paciente<sup>150</sup>; irse “agriando” o volverse “enojón”;<sup>151</sup> ser apático, es decir, “perder el interés a todo, [...] nota uno en su rostro que ya se siente aburrido, ya no quiere nada”<sup>152</sup>, o desesperarse por no poder hacer las mismas actividades que antes.<sup>153</sup> En contraposición con la idea de que las personas adultas mayores pueden volverse “enojonas”, otras opiniones señalaron que, con el envejecimiento, el carácter atraviesa un apaciguamiento. Al respecto, una cuidadora de 46 años, explicó que “cuando [mi papá] estaba joven [...] era de carácter muy fuerte, y ahora con el paso del tiempo voy viendo que el carácter de mi papa se va haciendo chiquito, chiquito y él lo que busca es cariño”.<sup>154</sup>

Así como en los testimonios de las personas adultas mayores, entre los cuidadores fueron comunes las referencias a la vejez como una etapa caracterizada por la disminución de las capacidades, habilidades y actividades, así como por el desgaste y los achaques. Estas ideas están ejemplificadas en las opiniones de algunos de los cuidadores entrevistados; uno de ellos señaló que la vejez ocurre cuando “va perdiendo uno facultades [...], se vuelve uno más lento, más torpe, ya no es uno igual que antes, le cuesta a uno trabajo hacer las cosas”,<sup>155</sup> o “cuando va uno a través de los años sintiendo que [...] las habilidades que tenía uno como que se van reduciendo poco a poco paulatinamente, ya no tiene la agilidad de un joven”.<sup>156</sup> En algunos casos, el envejecimiento físico, con sus consecuentes efectos en la salud, puede ser

---

<sup>149</sup> Entrevista N-FC-04-15-10-14.

<sup>150</sup> Entrevista L-FC-01-13-10-14.

<sup>151</sup> Entrevistas D-FC-02-13-10-14, D-FC-17-02-12-14

<sup>152</sup> Entrevistas D-FC-15-26-11-14, D-FC-04-15-10-14

<sup>153</sup> Entrevistas D-FC-18-04-12-14, L-FC-17-03-12-14

<sup>154</sup> Entrevista L-FC-19-08-12-14.

<sup>155</sup> Entrevista D-FC-02-13-10-14.

<sup>156</sup> Entrevista D-FC-04-15-10-14.

interpretado como ser “latoso”, lo cual da sentido a la violencia hacia las personas adultas mayores. Al respecto, una de las cuidadoras entrevistadas contó un caso de violencia ocurrido dentro de su familia, cuya víctima fue una hermana suya: “mi hermana falleció, pero tiene una hija de lo peor. La hija le pegaba, la hija le metió un bastón entre los pies, la tiró, le rompió la cadera, bueno, le hizo la vida imposible, así falleció mi hermana. Y es que “es una latosa”, que “se orina”, yo le dije: mira, a determinada edad empezamos con esos problemas, empezamos con que ya no contiene la orina [...]”.<sup>157</sup> El adjetivo “latoso” también fue utilizado por otra cuidadora a cargo de su mamá; la adulta mayor refirió experiencias de violencia tales como agresiones verbales y ser aventada a la cama, las cuales no fueron reconocidas por la cuidadora. Sin embargo, la cuidadora señaló que no comprende por qué sus abuelos no fueron “latosos”, pero su mamá, que empieza a presentar deterioro cognitivo, incontinencia y está postrada en cama, sí lo es.<sup>158</sup>

En cuanto a la dimensión social de la vejez, algunos de los entrevistados identificaron cambios visibles en los roles sociales de las personas adultas mayores. Un ejemplo de ello es la infantilización de los miembros de este grupo de edad, visión que resta importancia a los aportes de las personas adultas mayores, a su rol de autoridad y a su papel como participantes en las decisiones familiares. Así, de acuerdo con una cuidadora de uno de sus hermanos, las personas adultas mayores son “como niños [...], son necios, se obran, se orinan, en fin, ya a veces se obran, y ya a veces comen con las manos sucias [...]”, lo cual da sentido al enojo que lleva a las personas a su alrededor a agredirlos. Llama la atención el hecho de que la cuidadora es también una adulta mayor, que en el momento de ser entrevistada tenía 86 años. Otra cuidadora, dijo que “para mí, mi papá es como un bebe, un niño, y el ya no capta las cosas y ya no se sabe valer por sí mismo”.<sup>159</sup> En algunos casos, la infantilización de la persona adulta mayor puede influir en su papel en la toma de decisiones en la familia. Al respecto, una cuidadora señaló que, en la actualidad, su papá sólo participa en algunas decisiones del hogar y su opinión se subordina “a lo que se pueda y a lo que

---

<sup>157</sup> Entrevista LN-FC-04-15-10-14 y LN-FC-09-07-11-14

<sup>158</sup> Entrevista LN-FC-17-03-12-14.

<sup>159</sup> Entrevista LN-FC-13-24-11-14.



yo diga”.<sup>160</sup> La modificación de los roles sociales de las personas adultas mayores no es un proceso carente de conflictos; en este sentido, una cuidadora señaló que

[...] es difícil, difícil convivir con una persona adulta, le digo porque, porque ellos están acostumbrados a que antes era de que ellos mandaban y uno obedecía, pero también ahora ya es otro estilo de vida al de ellos, al de nosotros, entonces sí luego es difícil convivir con ellos porque ellos todavía quieren que se hagan las cosas exactamente como ellos quieren, pero dentro de todo pues hay que atenderlos [...].<sup>161</sup>

Para varios de los cuidadores entrevistados, el envejecimiento físico fue concebido como una gran desventaja de vivir con una persona adulta mayor, dado que genera más necesidades para el cuidado; estas se convierten en un inconveniente cuando los ingresos económicos de los hogares son precarios. Con respecto a la atención que le brinda a su esposo, la cuidadora señaló que “no son los cuidados que uno le quisiera dar, porque a veces son cuestiones de dinero que no le puedo dar, en lo que puedo pues le ayudo”. Ella identificó como desventajoso el hecho de tener que hacerse cargo de su esposo pues “ahora ya no puedo salir porque él no se puede mover”; por tanto, la cuidadora debe declinar los planes que impliquen salir de casa “porque tenemos que pagar taxi, por lo menos tengo que tener unos 200 pesos”.<sup>162</sup>

Otro cambio central en los roles de las personas adultas mayores está relacionado con su aporte económico al hogar. La idea de la improductividad económica es vista de manera negativa, más aún en hogares con grandes carencias económicas, como es el caso de la gran parte de las familias entrevistadas. En este sentido, un cuidador afirmó, refiriéndose al dinero, que “si el adulto no coopera sí afecta en la familia”.<sup>163</sup> Otro, que también es adulto mayor, señaló que hay grandes cambios económicos con el envejecimiento porque “ahora falta el dinero, antes teníamos dinero, pues éramos comerciantes, ahora manda más lo que nos dan del Gobierno del Distrito Federal y de SEDESOL y ahí estamos esperando ir a cobrar lo del SEDESOL cada dos meses”.<sup>164</sup>

---

<sup>160</sup> Entrevista L-FC-05-04-11-14.

<sup>161</sup> Entrevista LN-FC-07-03-11-14.

<sup>162</sup> Entrevista D-FC-07-24-10-14.

<sup>163</sup> Entrevista D-FC-04-15-10-14.

<sup>164</sup> Entrevista LN-FC-18-04-12-14.

Otra cuidadora, que se hace cargo de su hermana, señaló que el envejecimiento y la enfermedad de la adulta mayor, la cual le impide caminar, han influido en la economía del hogar, “porque de alguna forma, cuando ella estaba que todavía andaba en su andadera y de repente tenía el ánimo, vendía dulcecitos y cosas así, [...], hasta le servía como distracción, y aparte se compraba sus chuchulucos, y ahora no hay esa entrada, pues sí afecta”.<sup>165</sup> Actividades como el cuidado de los niños y la ayuda en el quehacer del hogar no son concebidas o reconocidas como contribuciones a la economía familiar, visión que se acentúa en los casos en los cuales las personas adultas mayores se encuentran en situaciones de dependencia e inmovilidad.

En suma, tales cambios en los roles sociales están vinculados con nuevas circunstancias físicas (enfermedades e incapacidad de realizar las mismas actividades de antes), psicológicas (cambios en el carácter), económicas (carencia de trabajo, pensiones e ingresos por parte de la persona adulta mayor), y familiares (modificaciones en las relaciones sociales, en la participación de toma de decisiones y en la percepción de la autoridad).

Las valoraciones negativas del envejecimiento por parte de los familiares y cuidadores se reflejan en sus ideas sobre la ayuda a la persona adulta mayor. Dado que el cuidado genera desventajas y problemas, no resulta una tarea fácil, agradable o deseable para muchos de los cuidadores entrevistados. En este sentido, fue frecuente encontrar en los relatos de los cuidadores de personas mayores con gran dependencia, una percepción más negativa sobre el envejecimiento y la vejez, con respecto a los familiares o cuidadores de personas mayores con menor dependencia.

#### **IV.1.2.2 Percepciones y valoraciones positivas sobre la vejez y el envejecimiento**

Así como ocurrió en el caso de las personas adultas mayores, no es frecuente que los familiares y cuidadores las reconozcan como sujetos que realizan aportes sociales valiosos con base en su sabiduría, experiencia y conocimiento. En los casos en los

---

<sup>165</sup> Entrevista LN-FC-15-26-11-14.

que los familiares y cuidadores entrevistados expresaron miradas positivas sobre el envejecimiento, la edad cronológica fue valorada como una “bendición”,<sup>166</sup> en la medida en que la persona adulta mayor sigue con vida a pesar de sus años. Pese a las dificultades de la vida, no haber enfrentado aún la muerte es un hecho que debe ser agradecido a Dios; al respecto, una de las cuidadoras identificó como una ventaja de cuidar a su mamá “que todavía la tienes [...], sí fue una vida difícil y todo, pero al fin y al cabo es mi madre, [es una ventaja] el que todavía la tengas para [que] aunque sea aleguemos”<sup>167</sup>.

Desde esta perspectiva, el envejecimiento puede llegar a ser “admirable”, en la medida en que la persona adulta mayor “ha podido llegar hasta ahí, porque es muy difícil, y yo los veo muy fuertes, unas personas que tienen ganas de vivir, de luchar”.<sup>168</sup> Vista así, la vejez es un motivo de orgullo, dado que no todos los seres humanos la alcanzan, pero también porque da lugar a nuevos atributos que hacen que la persona adulta mayor merezca “consideración” y respeto por parte de su entorno.<sup>169</sup> En este sentido, la presencia de una persona adulta mayor en el hogar puede llegar a ser motivo de alegría u orgullo en el discurso de algunos de los familiares cuidadores entrevistados; al respecto, una cuidadora de su mamá, explicó que “tenerla en casa y compartir con ella es un aspecto positivo de asistir a una persona adulta mayor”.<sup>170</sup> Aunque varios familiares y cuidadores plantearon la vejez o el hecho de cuidar a una persona mayor como una “bendición”, el uso de este adjetivo no tuvo lugar entre las personas adultas mayores entrevistadas.

Uno de los cuidadores entrevistados hizo una interesante e inusual valoración del envejecimiento; este hijo que cuida a su mamá, la vejez no implica un final, sino por el contrario, un nuevo comienzo; en su opinión, la vejez “no es el fin de una actividad laboral, es aprender a disfrutar de la vida, después de muchos años de esfuerzo, de

---

<sup>166</sup> Entrevistas D-FC-11-07-11-14, L-FC-01-13-10-14, L-FC-04-03-11-14 y LN-FC-07-03-11-14.

<sup>167</sup> Entrevista D-FC-06-20-10-14.

<sup>168</sup> Entrevista L-FC-03-20-10-14.

<sup>169</sup> Entrevista LN-FC-14-25-11-14.

<sup>170</sup> Entrevista L-FC-03-20-10-14.

trabajo, de crecimiento, sino aprender a disfrutar lo que ya te toca”.<sup>171</sup> No obstante, esta visión del envejecimiento no fue común entre los entrevistados.

Como ya se mencionó, el envejecimiento y la vejez generalmente son asociados con la disminución de las capacidades físicas y mentales de la persona adulta mayor. Sin embargo, para algunos de los familiares y cuidadores entrevistados, la vejez reviste aspectos positivos en cuanto a la “experiencia”, la “madurez” y el conocimiento que adquieren los miembros de este grupo de edad.<sup>172</sup> En este sentido, uno de los cuidadores entrevistados comentó que admira de su hermano “la experiencia que agarra y cuando platica con una persona, admira eso”.<sup>173</sup> Otra entrevistada, por su parte, opinó que la vejez “es un compendio de todas las experiencias vividas”.<sup>174</sup>

Incluso, uno de los cuidadores entrevistados, a cargo de su mamá, explicó las implicaciones de tener una persona adulta mayor en casa como “un privilegio, porque tienes un mecanismo de aprendizaje”.<sup>175</sup> En estos ejemplos, los atributos positivos fueron planteados en términos de “ventajas” de cuidar a una persona adulta mayor. Algunos familiares consultados dieron cuenta de percepciones que rescatan el cuidado de la persona adulta mayor como una experiencia constructiva; en este sentido, su presencia se convierte en algo gratificante porque satisface una expectativa social de responsabilidad filial con los padres, abuelos y otros parientes mayores. Al respecto, una de las cuidadoras entrevistadas afirmó encontrarse a gusto con el cuidado de su papá porque “me siento mejor como persona, como hija, eso me hace sentir bien”.<sup>176</sup> Sin embargo, entre los entrevistados estas opiniones no fueron generalizadas, pues el cuidado generalmente se ve como una carga.

---

<sup>171</sup> Entrevista D-FC-12-12-11-14.

<sup>172</sup> Entrevistas D-FC-04-15-10-14, L-FC-02-14-10-14 y D-FC-16-02-12-14.

<sup>173</sup> Entrevista D-FC-04-15-10-14.

<sup>174</sup> Entrevista D-FC-16-02-12-14.

<sup>175</sup> Entrevista D-FC-12-12-11-14.

<sup>176</sup> Entrevista LN-FC-02-13-10-14.

### **IV.1.3 La mirada desde la sociedad: cómo el entorno percibe a las personas adultas mayores según los entrevistados**

Para dar cuenta de estas valoraciones, las guías de entrevista incluyeron una pregunta orientada a saber, en opinión de los y las participantes, cómo percibe la sociedad a las personas adultas mayores. Esta mirada del entorno proviene, entonces, de la percepción y de la experiencia de las propias personas adultas mayores y de sus familiares/cuidadores. Para comprender la mirada desde la sociedad se requeriría recabar las opiniones de diferentes actores sociales que dieran cuenta de sus percepciones. No obstante, los puntos de vista de las personas adultas mayores, de sus familiares y/o cuidadores, así como, de los profesionales de la salud resultan pertinentes porque se basan en situaciones cotidianas en el hogar, en experiencias vividas en su entorno social (por ejemplo, salir a la calle o conocer casos de violencia entre su familia y círculo social), en los centros de salud, e incluso, en la información transmitida por los medios de comunicación. Así, son diversas las fuentes con base en las cuales los entrevistados construyen sus visiones sobre cómo el entorno percibe a la vejez. Es probable que las visiones negativas sobre el envejecimiento y la vejez, vayan más allá de la opinión personal y se vinculen con percepciones sociales más amplias, las cuales pueden estar relacionadas con la construcción de dichas visiones estereotipadas.

De esta manera, para los familiares y cuidadores entrevistados, es común que la vejez sea asociada con la inutilidad y la improductividad. Esta percepción se ha creado en parte por experiencias directas o cercanas de discriminación y violencia hacia las personas adultas mayores. Por esta razón, a las personas adultas mayores se les menosprecia y concibe como un “estorbo”,<sup>177</sup> un “lastre”,<sup>178</sup> un “desecho”,<sup>179</sup> un “objeto”<sup>180</sup> o “como algo que no sirve”.<sup>181</sup> Estas percepciones explican que no se les

---

<sup>177</sup> Entrevistas LN-FC-02-13-10-14, D-FC-08-03-11-14, LN-FC-13-24-11-14.

<sup>178</sup> Entrevista D-FC-16-02-12-14.

<sup>179</sup> Entrevista LN-FC-03-15-10-14.

<sup>180</sup> Entrevista D-FC-05-16-10-14.

<sup>181</sup> Entrevista L-FC-03-20-10-14 y LN-FC-02-13-10-14.

tenga paciencia<sup>182</sup> y que, en general, sean relegadas, no se les tenga en cuenta en el hogar y no sean atendidas de manera oportuna. En este sentido, uno de los cuidadores, a cargo de su mamá, explicó que “yo siento que hemos perdido tacto para tratarla [a la vejez], porque ya no tenemos paciencia, siento que llegar a ser un adulto no es llegar a ser inservible sino simplemente es limitarte por cuestiones físicas”.<sup>183</sup>

En diversos testimonios de los cuidadores entrevistados, estas opiniones estuvieron sustentadas en el conocimiento de casos de violencia física, verbal, psicológica y económica, así como negligencia y abandono. Al respecto, una de las cuidadoras relató:

[...] En general, la mayoría de las personas no aceptan a los adultos mayores, les estorban, les hacen, les dicen de lo peor. Aquí simplemente mi vecino de enfrente, su mamá ya era grande y ella andaba pidiendo una fruta en el mercado, siendo la casa de la señora, y luego entonces la señora estaba sentada en la banqueta afuera y luego me tocaba, me decía: ¿me invita un café? Yo le invitaba un cafecito, un pancito, me pedía una manzanita, le digo: si doña Estela. [...] Antes me saludaba el señor, saludaba muy bien y ahora ya no. Le pregunté por qué se había ido en la noche, ¿ya estará su mamá?, le digo: ¿cómo sigue la señora? Y dice, qué barbaridad, son las dos de la tarde, se me olvidó que no le di de desayunar, entró y la señora ya estaba muerta, pero no hicieron el menor movimiento de que la señora ya estaba muerta, sólo yo me enteré de que la señora ya estaba muerta, no hubo funeral, no hubo nada. Yo me imagino que la sacaron en el coche y se fueron a enterrarla, tenía la señora su tarjetita de la tienda. Él, cuando la señora vivía, iba con él a la tienda luego ya firmaba y ya. Se fijaron que el señor iba y que la señora ya no vive y seguían con la tarjetita de la señora. Entonces vino la chica del Centro de Salud y yo le dije: ¿le puedo decir algo?, no sé si se lo deba decir o no, pero la señora ya no vive, y le recogieron la tarjeta.<sup>184</sup>

La carencia de cultura ciudadana en relación con las personas adultas mayores también fue un ejemplo de las visiones negativas sobre el envejecimiento. Al respecto, otra de las cuidadoras entrevistadas contó que “Ahora que no tengo auto y tengo que desplazarme con mi mamá, y [en el Metrobús] hay reservados para adultos mayores, las mujeres no dan el asiento a otra mujer, hasta se pelean, es más, hasta nos recriminan”.<sup>185</sup>

---

<sup>182</sup> Entrevistas LN-FC-07-03-11-14, LN-AM-19-08-12-14

<sup>183</sup> Entrevista D-FC-12-12-11-14.

<sup>184</sup> Entrevista LN-FC-04-15-10-14.

<sup>185</sup> Entrevista LN-FC-05-16-10-14.

Las personas adultas mayores entrevistadas también coincidieron con estos prejuicios y estereotipos negativos, los cuales asocian a quienes envejecen con “estorbos”,<sup>186</sup> personas que empiezan a ser “desechadas”<sup>187</sup> e incluso, con individuos que producen “asco”; al respecto, una adulta mayor entrevistada en un centro de salud afirmó que “dicen que huele uno mal, una señora que iba a donde trabajaba yo antes, decía que su mamá olía rancio, que porque ya estaba viejita”.<sup>188</sup> De acuerdo con los participantes, algunos ejemplos de estas percepciones negativas son las burlas<sup>189</sup> y la falta de respeto por parte de los jóvenes y de los hijos.<sup>190</sup> Al respecto, una adulta mayor entrevistada en un centro de salud, afirmó que las demás personas ven a los adultos mayores como individuos “sin importancia, no hay respeto, y diciendo ‘uy, qué vieja está’, como que ahora no sirves para nada y así, si no respetan a sus padres, menos a uno”.<sup>191</sup>

En ocasiones, tales opiniones negativas se basan en experiencias propias, en las cuales las personas adultas mayores entrevistadas se han sentido vulneradas o menospreciadas por su condición. Ejemplo de ello es una adulta mayor entrevistada en el centro de salud y que sufrió la amputación de una de sus piernas, quien comentó que

[...] Hay de todo, hay otras personas que percibe[n] a las personas mayores como personas ya inútiles, como mire, le voy a contar una experiencia que tuve, recién que salí del hospital de mi amputación, mi esposo me llevo al tianguis, íbamos pasando así y un, que será, una persona, un señor como de unos 40 años aproximadamente, venia así de prisa y nosotros íbamos a pasar y el señor dijo, “yo no sé para qué salen si no pueden caminar”, y así han sucedido cosas [...].<sup>192</sup>

Los comentarios y las acciones descalificantes en contra de las personas adultas mayores también fueron prácticas identificadas por los entrevistados en los espacios

---

<sup>186</sup> Entrevistas D-AM-12-28-10-14, D-AM-22-12-11-14, D-AM-25-18-11-14 y LN-AM-32-09-12-14.

<sup>187</sup> Entrevista LN-AM-29-04-12-14.

<sup>188</sup> Entrevista LN-AM-24-21-11-14.

<sup>189</sup> Entrevista D-AM-14-31-10-14.

<sup>190</sup> Entrevista LN-AM-06-24-10-14.

<sup>191</sup> Entrevista D-AM-07-17-10-14.

<sup>192</sup> Entrevista D-AM-03-09-10-14.

públicos. Otra adulta mayor, entrevistada contó que “luego dicen en el metro ‘quítate viejo, nada más estorbas y no dejas pasar a la gente’”.<sup>193</sup> Un adulto mayor con limitaciones para caminar, también contó que en la calle le ha ocurrido que las personas “se atraviesan y no lo dejan a uno pasar, y hasta con los carros”.<sup>194</sup> Otra entrevistada, adulta mayor, contó que

[...] mucha gente nos ve mal, más los jóvenes nos ven mal. Porque luego inclusive va uno caminando, como yo ya no puedo andar bajando las banquetas que están muy altas, me voy por la orillita y hay unos viejos bien groseros que dicen: ¡Súbanse a la banqueta, pinches viejas! Así nos han dicho cuando voy con la señora María, porque vamos al rosario de la capilla y vamos diario, nos vamos las dos viejillas ahí, y así nos dicen.<sup>195</sup>

Para algunos de los entrevistados, dichas visiones negativas surgen entre los grupos de edad más jóvenes debido a que no valoran a las personas mayores. Asimismo, asumen que sus limitaciones físicas se traducen en acciones realizadas a propósito (tales como no hacer las cosas o caminar con rapidez).<sup>196</sup> No obstante, en ocasiones, estas percepciones negativas son vistas como responsabilidad de las propias personas adultas mayores. Un ejemplo al respecto es del de una cuidadora y también adulta mayor (77 años). Al preguntarle cómo considera que las demás personas perciben a los adultos mayores, respondió que “dependiendo también cómo sean los adultos mayores, creo que también todo eso lo ganamos”.<sup>197</sup>

En otros casos menos frecuentes, las personas adultas mayores señalaron que hay miembros de la sociedad que tienen percepciones positivas sobre la vejez y que han notado aspectos rescatables en cuanto a la cultura ciudadana y la solidaridad de las personas más jóvenes, tales como recibir ayuda por parte de extraños en las calles o sentirse respetados. Al respecto, un adulto mayor de 85 años, comentó que “yo me doy cuenta, sobre todo la juventud, no todas, la mayoría las respetan [a las personas adultas mayores], por ejemplo personas como de mi edad que todavía caminan, lo

---

<sup>193</sup> Entrevista D-AM-23-13-11-14.

<sup>194</sup> Entrevista LN-AM-17-06-11-14.

<sup>195</sup> Entrevista LN-AM-19-10-11-14.

<sup>196</sup> Entrevista LN-AM-35-15-12-14.

<sup>197</sup> Entrevista LN-FC-14-25-11-14.



respetan a uno bien, hasta lo ayudan, yo le digo a un 'joven, joven, ¿no me quiere pasar la calle?', 'si, como no', hasta eso, yo me topo con mucho joven muy amable".<sup>198</sup> Otra adulta mayor comentó que "[...] últimamente los jóvenes ya no son como antes, antes veían a una persona mayor, como incapacitada, la ignoraban y se seguían, hoy los jóvenes como que han tomado más conciencia y al ver a un adulto mayor le ayudan, tratan de ayudar".<sup>199</sup>

Las ayudas gubernamentales, tales como la atención en los centros de salud o a través del programa de ADPV, así como las tarjetas de apoyo económico y de despensa, fueron también vistas como una reivindicación de la persona mayor en la sociedad. En este sentido, una adulta mayor entrevistada en un centro de salud, señaló que el envejecimiento puede tener ciertas ventajas, "porque pues tienes bastante ayuda, ahorita tenemos ayuda, que aquí no me cobran nada, me atienden, lo que me da el gobierno, y cualquier gente en la calle te hace el favor siquiera de subirte al pesero, sí, en esa parte sí, le hace a uno, favorece que esté una viejita [...]". No obstante, al preguntarle sobre las percepciones de las demás personas sobre el envejecimiento, respondió:

En veces hay gentes que se burlan de uno y gentes que yo digo que aunque te vean cayendo no son capaces de darte la mano, hay gente mala, que no son capaces ni siquiera de darte si quiera la mano o atravesarte, entonces a mí me da mucha tristeza eso, me da mucha tristeza (llora), hay gente que sí te considera, inmediatamente te pasan la calle o te preguntan, ¿le pasa algo?, pero hay gente que no, no toda la gente es buena, y eso es lo que tiene la ventaja de ser uno viejito, que no toda la gente te ayuda, hay gentes que sí, te agarran la mano, te pasan la calle, te preguntan si estás perdida, pero hay gente que no, hay gente que les vale... O se burlan de uno.<sup>200</sup>

Estas percepciones tienen una relación directa con las diversas formas de violencia que afectan a las personas adultas mayores. En la medida en que predominen los estereotipos negativos entre diversos actores sociales, la violencia encuentra una justificación. Una adulta mayor de 65 años entrevistada en un centro de salud, dio un testimonio que ejemplifica la relación entre percepciones negativas y violencia:

---

<sup>198</sup> Entrevista D-AM-05-15-10-14.

<sup>199</sup> Entrevista D-AM-03-09-10-14.

<sup>200</sup> Entrevista LN-AM-23-13-11-14.

Entrevistadora: ¿Y las demás personas cómo ven a los adultos mayores?

Adulta Mayor: Ay señorita, pues yo veo algunos, por ejemplo, hay unos que le dicen a uno que ya está ruca, quítate, quítate porque ya eres una inútil, no sé si lo digan no más porque quieren decirlo, o porque ya uno ya está grande, ya le dicen a uno que es uno niño, eres bebé, ya estás loca...

E: ¿A usted le ha pasado eso?

AM: Si, a veces.

E: ¿Quién hace eso?

AM: Una de mis hermanas, como vivo ahí con mis medias hermanas así son, una de ellas es muy pesada.<sup>201</sup>

Entre los profesionales de la salud, fue unánime la opinión de que en la sociedad existen estereotipos negativos sobre la vejez y el envejecimiento. Sus testimonios reafirman las percepciones negativas antes documentadas entre las personas adultas mayores y los familiares y cuidadores entrevistados. Por tanto, algunos de los profesionales reconocieron que dichos estereotipos también están presentes entre los propios trabajadores del área de la salud y afectan la atención brindada a las personas adultas mayores. En este sentido, una de las trabajadoras sociales entrevistadas contó una situación ocurrida en el centro de salud:

[...] había una adulta mayor, vino a hacerse su prueba de cáncer [...] A la señora le hicieron su prueba de cáncer y cuando se sentó en la mesa de exploración le costó mucho trabajo acostarse, entonces cuando se levantó el comentario de una enfermera fue: “ay, todavía tiene relaciones sexuales, puede tener relaciones sexuales pero aquí en la mesa no se puede sentar”, entonces ya la está estigmatizando, le está dando un valor donde dice que no puede tener relaciones sexuales, eso es mentira, un adulto también goza, de diferente manera, [...] esa persona no tiene valores y no tiene respeto por sus pacientes, ella no tuvo por qué haber hecho ese comentario, entonces va en cuestión de valor, de educación.<sup>202</sup>

Otro de los profesionales consultados, del área de psicología, opinó que “los trabajadores de la salud no somos ajenos a un prejuicio, tal vez deberíamos, pero no tenemos la instrucción, no tenemos la línea que nos pudiera derivar a ver de forma diferente, si uno no se encarga de verlo diferente”.<sup>203</sup> A su vez, una enfermera del programa de ADPV contó sobre sus compañeros del centro de salud: “soy muy observadora, pero lo veo en la expresión de la cara y que ya les hacen *fuchi* o que les

---

<sup>201</sup> Entrevista LN-AM-09-28-10-14.

<sup>202</sup> Entrevista L-PS-04-27-10-14.

<sup>203</sup> Entrevista L-PS-14-01-12-14.

dicen ‘ya apúrese’, o ‘rápido’, o ‘aquí huele horrible’, apenas en los comentarios, una compañera de trabajo social me dijo: ‘tengo una abuelita, yo no sé cómo le haces tú para tratar a tus abuelitos, porque a mí me desespera’ [...]’.<sup>204</sup>

Aunque en el testimonio de los profesionales citados hay un reconocimiento explícito de la existencia de estereotipos negativos, no todos los entrevistados estuvieron de acuerdo con esta afirmación. Al respecto, otra trabajadora social opinó que no cree que dichos estereotipos existan en el sistema de salud porque considera que “[...] depende mucho el trato que uno tenga con los adultos mayores, ¿no? A lo mejor quien no tiene trato con los adultos mayores, a lo mejor si han de pensar así ¿no?”.<sup>205</sup> De igual forma, ante la pregunta de si considera que existen estereotipos negativos entre los profesionales de la salud, los cuales puedan afectar la atención a las personas adultas mayores, una enfermera consultada respondió, de manera somera, “pues aquí no, no creo”.<sup>206</sup> De esta manera, aunque fue recurrente la idea de que los estereotipos negativos existen en la sociedad mexicana, al intentar rastrear su presencia en un ámbito concreto, cercano y cotidiano, algunos profesionales negaron su existencia.

#### **IV.1.4 La mirada desde la institución: los profesionales de la salud y sus percepciones sobre el envejecimiento**

El grupo de profesionales entrevistados en los centros de salud fue bastante diverso y comprende a algunos empleados administrativos. En total, se entrevistaron 38 profesionales (véase cuadro 4, capítulo V); es importante subrayar que algunos profesionales de la salud desempeñan cargos administrativos: 2 son gestores de calidad, tres médicos son los directores de los respectivos centros de salud y cuatro de los médicos consultados también trabajan como encargados de atención a los pacientes con enfermedades crónicas, tales como hipertensión y diabetes. En dos de los centros visitados, los médicos de atención a enfermedades crónicas también se

---

<sup>204</sup> Entrevista L-PS-15-10-12-14.

<sup>205</sup> Entrevista L-PS-09-10-11-14.

<sup>206</sup> Entrevista L-PS-13-01-12-14.

involucran en la atención a los pacientes por medio de la creación de grupos de apoyo, conformados en su mayoría por personas adultas mayores.<sup>207</sup>

Dado que el grupo de los profesionales entrevistados no es homogéneo, tampoco lo fueron sus percepciones sobre la vejez y el envejecimiento. Así como con los demás grupos consultados, el envejecimiento se definió en torno a tres dimensiones: la cronológica, la física y la social. Tales dimensiones aparecieron vinculadas entre sí en el discurso de los entrevistados.

En cuanto a la primera de ellas, entre los profesionales de la salud fue recurrente la definición de la vejez por medio de un “límite cronológico impuesto institucionalmente” (Martínez et al., 2010). En el caso de las personas adultas mayores que atienden los centros de salud, dicho límite está claramente definido desde lo institucional, debido a que determina el acceso a los programas sociales ofrecidos por el gobierno federal y de la ciudad. De acuerdo con uno de los médicos entrevistados, el término adulto mayor “se refiere a una persona que tenga más de 60 años, hoy en día, y qué bueno, ese rango se ha ido modificando a través de los tiempos, pero para fines de conceptos, que todos hablemos el mismo idioma, son los pacientes personas mayores de 60 años”.<sup>208</sup> Por su parte, una de las trabajadoras sociales consultadas opinó que la vejez se presenta al “llegar a determinada edad” cuyo límite son los 60 años.<sup>209</sup>

Como se ha señalado, la definición cronológica de la vejez no excluyó el reconocimiento de otras dimensiones del mismo proceso. Aunque la vejez se definiera de formas diversas y con valoraciones distintas, la edad fue una característica recurrente para identificar a quienes podrían ser incluidos en la categoría de *personas adultas mayores*. Por ejemplo, una de las enfermeras entrevistadas explicó que, a su parecer, un adulto mayor podría ser “toda aquella persona mayor de 60 años”; no

---

<sup>207</sup> En el capítulo V se explora más en detalle estos grupos, así como, los efectos de las percepciones en el proceso de atención.

<sup>208</sup> Entrevista L-PS-03-24-10-14.

<sup>209</sup> Entrevista L-PS-09-10-11-14. Percepciones similares fueron encontradas en las entrevistas LN-PS-04-23-10-14, LN-PS-06-18-11-14 y D-PS-07-10-12-14.

obstante, para identificar a un individuo “como viejo, puede ser mi misma percepción de la persona y como creo que me ve el mundo. Hay gente que lo toma muy bien, están muy abiertas al cambio, muy abiertas a lo que se les indique, la forma en que afrontan su enfermedad es muy diferente, es muy optimista [...]”.<sup>210</sup>

Para varios de los profesionales entrevistados, la edad cronológica va de la mano con ciertos cambios en las capacidades del individuo, momento que puede ser ubicado en un límite determinado de edad; una de las enfermeras entrevistadas opinó que dicho límite lo marca la edad de 70 años, “porque ya empiezan [las personas adultas mayores] a perder más funcionalidad, pero eso no indica que no tengan necesidades”.<sup>211</sup> En otras entrevistas, dicho límite cronológico fue identificado con el criterio institucional que se aplica para otorgar ayudas sociales, tales como las tarjetas de apoyo económico.

Sin embargo, de acuerdo con varios profesionales, dicho límite institucional se queda corto a la hora de definir el envejecimiento. Uno de los psicólogos consultados explicó que,

[...] a mí no me parece que [la vejez] tenga que ver con un tema de edad cronológica, a mí honestamente me parece que tiene que ver [...] con etapas que se van concluyendo y que al mismo tiempo van dando inicio a otras etapas, las más claras o de alguna manera frecuentes tienen que ver con esferas laborales, con las esferas de salud, definitivo con las etapas económicas [...].<sup>212</sup>

Para este profesional en psicología, el envejecimiento está más bien definido por sus dimensiones sociales que por la edad institucionalmente impuesta para ello.

De esta manera, de las definiciones cronológicas que plantearon los entrevistados, también derivaron visiones que dan cuenta de la dimensión fisiológica y social del envejecimiento. Un ejemplo de ello son las ideas sobre el límite cronológico que determina cambios físicos asociados con el desgaste y la disminución de la

---

<sup>210</sup> Entrevista LN-PS-01-06-10-14.

<sup>211</sup> Entrevista L-PS-15-10-12-14.

<sup>212</sup> Entrevista L-PS-14-01-12-14.

funcionalidad, como en el caso de la enfermera antes citada. Asimismo, la dimensión física del envejecimiento también se evidencia en cambios visibles; en este sentido, una de las enfermeras consultadas, perteneciente al programa de ADPV, identificó como característica de las personas adultas mayores “primero la edad, segundo pues su físico, una persona que se le vean arruguitas, el pelo canoso”.<sup>213</sup> Aunque muchos de los entrevistados complejizaron la definición cronológica del envejecimiento, en otros casos, como en el de la profesional citada, las definiciones de este proceso fueron limitadas a unos cuantos rasgos estereotipados.

Por su parte, uno de los médicos consultados explicó que “biológicamente, después de los 60 años ya va cambiando el cuerpo, pero desde los 30 años ya va habiendo muchos cambios”. Sin embargo, para el entrevistado, el envejecimiento está vinculado de manera estrecha con la experiencia personal de cada adulto mayor, lo cual da como resultado casos “exitosos” de envejecimiento, en los cuales el individuo ha tenido una vida saludable que le permite llegar a la vejez sin padecimientos crónico-degenerativos.<sup>214</sup>

Uno de los problemas de analizar las percepciones de los profesionales de la salud sobre la vejez es la dificultad de encasillarlas en aspectos positivos y negativos. Dado que, en varios casos, sus definiciones se apoyaron en la dimensión biológica y médica, resulta complicado imponer una valoración a sus conceptualizaciones del envejecimiento y la vejez. No obstante, en las entrevistas realizadas se encontraron algunas excepciones, en las cuales la vejez fue definida o caracterizada de acuerdo con rasgos positivos o negativos. En cuanto a los primeros, varios profesionales hablaron de la vejez como una buena etapa de la vida.<sup>215</sup> Al respecto, uno de los médicos de atención a enfermos crónicos dijo que ve la vejez como “algo bonito porque ya viviste, ya tuviste experiencias buenas, malas, ya tuviste hijos, ya acabaste de trabajar, porque muchas gentes ya no trabajan [...]. La vejez para mí es algo bonito y

---

<sup>213</sup> Entrevista L-PS-07-07-11-14.

<sup>214</sup> Entrevista LN-PS-03-21-10-14.

<sup>215</sup> Entrevistas L-PS-01-06-10-14 y L-PS-01-21-10-14.

es una experiencia buena, yo pienso que la edad de viejito, de vejez, es bueno porque tienen experiencias, tienen sabiduría”.<sup>216</sup>

Por otra parte, en cuanto a las valoraciones negativas del envejecimiento, fue común encontrar referencias al desgaste y deterioro, relacionadas con la salud, la dimensión fisiológica de las personas adultas mayores y el fin de la vida. Al respecto, una profesional del área de Trabajo Social opinó que la vejez es “ir terminando, como que ya el prepararse al final de la vida en todos los aspectos, porque el cuerpo ya también se cansa [...] Es terminar, [...] el crecer, el madurar, el deterioro del cuerpo, porque se va deteriorando poco a poco y entonces como que hay que aprender a envejecer”.<sup>217</sup> De acuerdo con otra opinión de una profesional de la misma área, “la vejez es un proceso natural de la vida, en todo ser humano, que trae consigo cambios de deterioro tanto físico, emocional y social”.<sup>218</sup> Otro de los consultados, médico del área de enfermos crónicos, señaló que la vejez se distingue porque “ahí se nos priva de algunas capacidades, aunque no queramos, ya no llegamos a un cien por ciento”.<sup>219</sup>

En algunos casos, dicho deterioro fue conceptualizado en términos médicos y fisiológicos; por ejemplo, una de las médicas a cargo de la atención de enfermos crónicos, explicó que el envejecimiento puede ser entendido como “la pérdida, bueno, hablando fisiológicamente, de células en el organismo, ya sea a nivel de todos los órganos, corazón, riñones, entonces pérdida de células, moléculas, y eso nos lleva a un desgaste de órganos”.<sup>220</sup> En varias entrevistas, este desgaste fue asociado a un proceso “natural” de la vida.<sup>221</sup> No obstante, llama la atención que estas perspectivas médicas del envejecimiento no fueron predominantes entre los profesionales entrevistados, lo cual podría indicar poco conocimiento de las definiciones biológicas de este proceso. Sin embargo, al tratarse de una entrevista enfocada hacia las

---

<sup>216</sup> Entrevista LN-PS-04-23-10-14.

<sup>217</sup> Entrevista L-PS-04-27-10-14.

<sup>218</sup> Entrevista L-PS-05-29-10-14.

<sup>219</sup> Entrevista L-PS-08-10-11-14.

<sup>220</sup> Entrevista LN-PS-06-18-11-14.

<sup>221</sup> Entrevistas LN-PS-08-20-11-14; L-PS-03-24-10-14 y L-PS-05-29-10-14.

*percepciones*, es posible que la información recolectada no dé cuenta de manera amplia acerca de los conocimientos médicos de los entrevistados.

Las percepciones de los profesionales consultados se basan en opiniones personales, en criterios institucionales, en su conocimiento médico y en definiciones fisiológicas y desde la salud. Sin embargo, para obtener resultados más concluyentes sobre cómo los profesionales de la salud perciben a las personas adultas mayores, sería pertinente la realización de trabajos etnográficos más profundos, ya que, al ser entrevistados en el marco de un proyecto sobre la violencia hacia las personas adultas mayores, los entrevistados expresaron lo que, en su discurso, resulta aceptable en términos sociales y profesionales. Por ello, es difícil acceder a sus ideas negativas y estereotipos en torno al envejecimiento. Como parte del mismo contexto social y cultural y como individuos con subjetividades propias, es muy probable que los profesionales de la salud compartan algunas de las visiones negativas y estereotipadas antes descritas para los demás grupos entrevistados. Sin embargo, un acercamiento a dichas visiones debe hacer más énfasis en su práctica profesional y menos en sus discursos públicos.

Algunos de dichos estereotipos se pueden entrever en los testimonios recolectados; ejemplo de ello fue el concepto de una de las profesionales del área de Trabajo Social, quien habló de la vejez como una etapa en la cual “volvemos a ser niños”.<sup>222</sup> Llama la atención que en los registros de campo realizados durante una de las actividades con el grupo de adultos mayores que dirige la profesional citada, la exclamación “¡niños!” fue utilizada por ella para interpelar al grupo y pedirle su atención. Otro ejemplo sobre los estereotipos que se derivan del discurso y la práctica de los profesionales, es el de una enfermera del programa de ADPV, quien identificó el envejecimiento con ciertos rasgos físicos determinantes. Reconocer que los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales también reproducen ideas estereotipadas sobre el envejecimiento y la vejez no tiene como fin juzgar o desestimar su labor, sino,

---

<sup>222</sup> Entrevista L-PS-01-21-10-14.



más bien, es el primer paso para cuestionar dichas percepciones y generar cambios en la atención a las personas adultas mayores.

En suma, la importancia de dar cuenta de las visiones sobre el envejecimiento entre los tres grupos de entrevistados es que ayudan a comprender, contextualizar y dar sentido a las formas de violencia que sufren las personas adultas mayores. Estas percepciones socialmente construidas reafirman la importancia de otorgar nuevos significados al envejecimiento y de poner en cuestión las ideas estereotipadas, las cuales reducen esta etapa a unos rasgos limitados y predominantemente negativos.

## **IV.2 Percepciones sobre la violencia**

### **IV.2.1 Adultos mayores y familiares/cuidadores**

En este trabajo se ha documentado la existencia de estereotipos y prejuicios negativos hacia las personas adultas mayores, así como su vínculo con prácticas violentas en su contra. Al ser una *práctica*, la violencia puede ser entendida como una acción que permite la creación de significados y de redes de poder (Hering y Pérez, 2012). De esta manera, la violencia, como todas las prácticas culturales, tiene un sentido y no es sólo un acto irracional. Este sentido puede ser explorado por medio de las percepciones de los entrevistados sobre la violencia, las cuales nos hablan sobre los significados socialmente asignados a ésta. El objetivo, entonces, no es realizar cuantificaciones sobre dichas percepciones, sino tratar de develar algunos de los significados que la vejez y la violencia tienen para los entrevistados. Para ello, se indagará en los comportamientos que se conciben como violentos, sus causas y consecuencias. Para abordar estas percepciones, las guías de entrevista contaron con una serie de preguntas sobre lo que significa la violencia, así como sus expresiones y conocimiento, para los profesionales de la salud, además de estas pregunta la guía incluyó otras cuestiones relacionadas con la sospecha de violencia, la experiencia de atención de estos casos, los procedimientos para atenderlos y las herramientas para ello (véase anexo 1, 2 y 3). Respecto a esto último, dado que dichos interrogantes se

relacionan de manera directa con la respuesta de los centros de salud ante los casos de violencia hacia las personas adultas mayores, serán abordados en el capítulo V.

Las formas de violencia identificadas por las personas adultas mayores entrevistadas fueron: física (golpes, empujones, aventar a la persona, aventarle las cosas); verbal y psicológica (burlas, insultos, peleas, comentarios hirientes, no tomarla en cuenta, omitir sus opiniones, no hablarle, atenderla de mala gana); económica (despojar a la persona adulta mayor de sus bienes o su dinero) y abandono o negligencia (no visitar a la persona adulta mayor, olvidarla, no atenderla, no alimentarla, negarle a la persona lo que pide, no ayudarle en su higiene, no moverla de una sola posición durante el día, no darle servicio médico, relegarla, enviarla a un asilo a pesar de tener quién la cuide).

En varios casos, al preguntarles a las personas adultas mayores sobre qué prácticas podrían ser violentas hacia una persona de su grupo de edad, ellos proyectaron sus propias experiencias familiares de violencia. Por ejemplo, una adulta mayor, que vive una situación de abandono y negligencia por parte de su hijo, explicó que, en su opinión, la violencia son los “gritos, que le digan a uno cosas, eso es la violencia, yo pienso que por eso tengo el temblor [en sus manos, relacionado con Parkinson]”.<sup>223</sup> Aunque la violencia económica, el abandono y la negligencia fueron mencionados por algunos de los participantes en el estudio, este no fue el caso en la mayoría de entrevistas. En otras palabras, los tipos de violencia más reconocidos fueron aquellos que involucran el maltrato físico y verbal. Esta situación sugiere la necesidad de dar mayor visibilidad a la violencia económica, el abandono y la negligencia como prácticas violentas, para así promover su denuncia y atención oportuna.

Se observa una situación parecida entre los familiares y cuidadores entrevistados, quienes también identificaron formas similares de violencia en contra de las personas adultas mayores: física (golpes, pellizcos, aventones, apretones, jalones, hacer caer a la persona, bañarla con agua fría); verbal y psicológica (gritar, pelear, exaltarse, insultar, hacer comentarios agresivos o inferiorizantes, imponerse sobre la persona,

---

<sup>223</sup> Entrevista LN-AM-14-04-11-14.

hacerle desaires, ignorarla); económica (no darle dinero a la persona para su gasto, sacarla de un inmueble que le pertenece, obligarla a pedir limosna) y abandono o negligencia (no proveer de vestido a la persona, no alimentarla, no darle medicinas, no hacerle la limpieza, llevarla a un asilo, no visitarla y encerrarla).

No obstante, el menor reconocimiento de prácticas de violencia como el abuso económico y el abandono sugieren que éstas no son formas de violencia de las que sea tan fácil hablar por las implicaciones que tiene, en especial la económica. Una posible interpretación de la violencia económica es que busca remediar la supuesta improductividad de las personas adultas mayores por medio del despojo de sus bienes y dinero, y que hace parte de los comportamientos que infantilizan e inferiorizan a los miembros de este grupo de edad. Asimismo, otra causa de este tipo de violencia podría ser la creencia de que la persona mayor no necesita dinero por el hecho de que está vieja, o que ya le pertenece al cuidador por hecho de estarla cuidando y no recibir nada a cambio. El abandono y la negligencia también se fundamentan en estas visiones, pues minimizan a la persona adulta mayor.

Pese a ello, en teoría, una parte de los entrevistados parece tener un conocimiento general de las diversas formas de violencia directa y no considera como tal sólo a los actos más evidentes y visibles (tales como los golpes o las agresiones verbales). Si tanto las personas adultas mayores como sus cuidadores pueden reconocer las prácticas violentas, ¿cuáles son las razones para que éstas sigan siendo ejercidas y permitidas? Como se ha señalado antes, la violencia no tiene una única explicación, sino que se sustenta en determinados contextos sociales, económicos, culturales, familiares y personales. De esta manera, no basta con saber cuáles son las acciones que los entrevistados perciben como violentas, sino que es necesario entender cómo las explican y les otorgan un sentido. Para ello, se preguntó a ambos grupos de entrevistados cuáles son las causas de que exista violencia en contra de las personas adultas mayores.

Tanto entre los familiares y cuidadores, como entre las personas adultas mayores, se encontró dos tipos de causas que explicarían el sufrimiento de estas formas de violencia. Las *causas externas* ubican como responsable al entorno y a la persona que ejerce la violencia, mientras que las *causas inherentes a la persona adulta mayor* la señalan como corresponsable de su propio sufrimiento de violencia.

En cuanto a las causas externas de la violencia, las personas adultas mayores identificaron la existencia de prejuicios hacia los miembros de su grupo de edad, problemas propios del cuidador que ejerce la violencia y diferencias o carencias en la educación de los jóvenes. En este sentido, un adulto mayor de 85 años que trabaja en un tianguis, habló de una obligación o responsabilidad asignada a las personas adultas mayores por parte de sus descendientes, en los siguientes términos: “el chavo le pide al adulto, ‘no, pues dame porque me trajiste al mundo, tienes obligación en darme siendo mayor’, [...] pero si ya es un joven grande no tiene por qué decirle esas palabras”.<sup>224</sup> El adulto mayor contó que sufre agresiones verbales por parte de un individuo que también trabaja en el tianguis; en su opinión, a las personas jóvenes “les da coraje que todavía vivamos, yo lo he padecido en mi caso, con un joven que me dice ‘ya te deberías de morir’, ‘ya te estás robando el aire’, y así le dicen a uno”.<sup>225</sup> Otra adulta mayor explicó que la violencia hacia las personas adultas mayores ocurre porque al cuidador “hay veces que le duele su cabeza o que se pone de malas porque no tiene trabajo”.<sup>226</sup> Algunas de estas explicaciones de la violencia fueron expresadas en primera persona; éstas dan sentido a las experiencias de violencia y, en varios casos, como en el de la adulta mayor, parecen describir y justificar su propia situación de maltrato.

Por otra parte, un adulto mayor entrevistado en uno de los centros de salud, explicó que nota un cambio generacional, “será porque yo soy de pueblo y pues es muy diferente la educación por allá”.<sup>227</sup> Otros entrevistados explicaron la violencia como

---

<sup>224</sup> Entrevista D-AM-05-15-10-14.

<sup>225</sup> Entrevista D-AM-05-15-10-14.

<sup>226</sup> Entrevista LN-AM-14-04-11-14.

<sup>227</sup> Entrevista LN-AM-16-05-11-14.

resultado de tener parientes “ambiciosos” e interesados en la herencia,<sup>228</sup> que carecen de educación y de respeto,<sup>229</sup> que no cuentan con los ingresos suficientes para vivir,<sup>230</sup> que desconocen el trabajo de la persona adulta mayor en el hogar<sup>231</sup> y que piensan que es improductiva porque “ya no mete uno dinero a la casa”.<sup>232</sup>

Las explicaciones que algunas personas adultas mayores le dan a las prácticas violentas están vinculadas con las visiones negativas antes descritas. Por ejemplo, una mujer entrevistada en un centro de salud, señaló que “las personas creen que porque uno ya está grande no tiene por qué opinar, o que ya no razonas, tu cállate, tú no digas, no le hagas caso, no le hagas caso, no sabe lo que dice [...], están como los niños, creen que por que están chiquitos no razonan, no piensan, que es un bulto que anda corriendo, eso es mentira”.<sup>233</sup> Por su parte, una adulta mayor, quien relató sufrir violencia verbal por parte de sus hermanastras, opinó que “no sé por qué hay personas que son así [que maltratan a las personas adultas mayores], yo creo la consideran ya fea, toda inútil, pero yo digo que no, yo no me considero inútil”.<sup>234</sup> De acuerdo con una adulta mayor, los hijos “se avergüenzan de nosotras las viejas, que ya estamos viejas, o por la mala forma de vestir, que no sabe uno hablar bien, o que no se cuida una misma, se avergüenzan de uno, entonces por eso dejan de hablarles a las madres, las abandonan”.<sup>235</sup> En suma, dado que en términos sociales el envejecimiento tiene más desventajas que aspectos positivos, las personas adultas mayores producen “fastidio” porque son concebidas como “estorbos” que hacen que sus familiares tengan que “batallar” con ellas, lo cual explica diferentes prácticas de violencia.<sup>236</sup>

Sin embargo, aún entre las propias personas adultas mayores, la violencia también fue explicada por factores inherentes a su edad, es decir, como causa de algunos de sus

---

<sup>228</sup> Entrevistas LN-AM-13-03-11-14, LN-AM-32-09-12-14, LN-AM-35-15-12-14.

<sup>229</sup> Entrevistas LN-AM-16-05-11-14, LN-AM-23-13-11-14.

<sup>230</sup> Entrevista LN-AM-19-10-11-14.

<sup>231</sup> Entrevista LN-AM-21-11-11-14.

<sup>232</sup> Entrevistas LN-AM-24-21-11-14 y LN-AM-32-09-12-14.

<sup>233</sup> Entrevista D-AM-03-09-10-14.

<sup>234</sup> Entrevista LN-AM-09-28-10-14.

<sup>235</sup> Entrevista L-AM-02-17-10-14.

<sup>236</sup> Entrevistas D-AM-13-30-10-14, LN-AM-17-06-11-14.

comportamientos, concebidos de manera estereotipada. Por ejemplo, ante la pregunta de “¿Por qué violentan al adulto mayor?”, uno de los entrevistados respondió “Pues porque dicen que uno es muy latoso, o es muy delicado [...]”. De igual manera, las personas adultas mayores también pueden parecer demandantes porque requieren cuidados adicionales, lo cual explica los conflictos y la violencia familiar en su contra. Un ejemplo de esta percepción fue el de una adulta mayor de 77 años, entrevistada en uno de los centros de salud:

Entrevistadora: ¿Qué piensa acerca de la violencia familiar hacia las personas mayores?

Adulta Mayor: Pues como ya están enfermitas, todas achacosas y todo les duele, pues también se desesperan y se enojan, no deberían, porque la nuera qué culpa tiene que ya este viejita o el hijo tampoco, tendrían que pensar, ¿no?

E: ¿Por qué situación cree que no piensan?

AM: Quizá uno piensa como viejito que todo se lo merece, que en todo la tienen que ayudar y comprender y uno no comprende a los demás, también hay que ser recíproco.<sup>237</sup>

Una paciente de 83 años, entrevistada en su vivienda, explicó que cree que las personas adultas mayores son violentadas “porque ya les enfadó [a sus cuidadores], yo digo, cualquier cosa les parece malo, que se anden orinando o que traiga pañal, claro que todo les molesta [...]”.<sup>238</sup> Otra adulta mayor que ha recibido amenazas de despojo de su vivienda y violencia verbal, opinó que la violencia hacia las personas adultas mayores ocurre “solamente que de uno motivo, si yo doy motivo a que me falten al respeto me lo faltarán, pero si no doy motivo no me pasa nada”.<sup>239</sup> A su vez, un adulto mayor invidente que acude por su cuenta a uno de los centros de salud, opinó que la causa de la violencia hacia el adulto mayor es que “es imperativo, porque cambia su carácter, es imperativo, quiere que lo obedezcan”; en su concepto, aunque la víctima de la violencia puede sentirse “desechada”, “lo debe entender también, si el abuelo es agresivo ni modo que vengan y lo abracen”.<sup>240</sup> Una adulta mayor, entrevistada en un centro de salud, señaló que la causa de la violencia es que quienes la sufren son personas “berrinchudas y groseras”.<sup>241</sup> Para un entrevistado en su

---

<sup>237</sup> Entrevista D-AM-11-27-10-14.

<sup>238</sup> Entrevista D-AM-20-10-11-14.

<sup>239</sup> Entrevista D-AM-08-20-10-14.

<sup>240</sup> Entrevista LN-AM-33-10-12-14.

<sup>241</sup> Entrevista D-AM-11-27-10-14.

vivienda, los adultos mayores son violentados “por sus impertinencias, porque son insistentes”.<sup>242</sup> Otra adulta mayor entrevistada en su vivienda, quien ha sufrido violencia verbal, física y económica (comentarios hirientes, pellizcos, jalones y uso no autorizado de su tarjeta de despensa), también opinó que la educación incide en el trato dado a las demás personas, pero aclaró que “se tiene que portar uno bien para que la gente te quiera y no te trate mal”.<sup>243</sup> En suma, de acuerdo con estas visiones, las personas adultas mayores consideran que, de alguna manera, ellas son responsables de la violencia en su contra.

En el caso de los familiares y cuidadores, las causas externas a la violencia fueron los estereotipos y prejuicios en su contra, las diferencias en la educación de los jóvenes, la influencia de los medios de comunicación y la situación de desesperación que produce la sobrecarga en el cuidado a la persona adulta mayor.

Con respecto a la educación y a la influencia de los medios en la violencia, un cuidador de 52 años a cargo de su mamá, señaló que

[...] todo comienza en casa, depende de los valores que se vayan fomentando en los hijos, y por otro lado son los hábitos que va agarrando en la calle y como hoy en día hay mucha información mala hacia la juventud, hay mucha violencia tanto por música como radio, televisión [...], el inconsciente hace que va adquiriendo toda esa información y ya después lo va manifestando la persona.

Para este cuidador, la falta de “paciencia” hacia la persona adulta mayor hace que el cuidador se “harte”, “y entonces se va creciendo en una crisis nerviosa y se va irritando la persona, que le digo que en un momento entra en un estado depresivo de desesperación, que ya no puede, y entonces ahí se desarrollan muchas violencias”.<sup>244</sup> Otros entrevistados también explicaron la violencia como producto de la

---

<sup>242</sup> Entrevista D-AM-35-08-12-14.

<sup>243</sup> Entrevista LN-AM-26-26-11-14.

<sup>244</sup> Entrevista L-FC-02-14-10-14.

“desesperación” de cuidar a una persona adulta mayor,<sup>245</sup> de la falta de “paciencia” para atender sus necesidades<sup>246</sup> y de carencias económicas en el hogar.<sup>247</sup>

Entretanto, según los familiares y cuidadores entrevistados, las causas de la violencia inherentes a la persona adulta mayor tienen que ver con su comportamiento y con ciertas actitudes negativas que se le asignan, con base en las cuales se crea una imagen simplificada y estereotipada del envejecimiento. Ejemplo de ello es concebir a las personas adultas mayores como “latosas”, “imprudentes” y demandantes. Por ejemplo, según un entrevistado, “si los adultos mayores no ponen de su parte, que no se les pide mucho, todo de acuerdo a su edad y a su entorno, y cuando no lo hacen y llega el momento de que se enferman y están presionando a uno, que se altera uno”.<sup>248</sup> Asimismo, una cuidadora opinó que la violencia ocurre “[...] porque hay viejitos que son muy latosos” y “castrantes”<sup>249</sup>

Otra razón para ejercer violencia es tener una historia familiar de abuso, la cual involucra a la persona adulta mayor. Una de las cuidadoras entrevistadas, quien se encarga de su mamá, opinó que un adulto mayor no debe ser “tan imprudente para que lo traten bien, porque la verdad si está uno consciente y es uno imprudente, pues ahora sí que desespera uno a la gente”.<sup>250</sup> El caso de esta cuidadora llama la atención porque su mamá refirió algunas experiencias de violencia, tales como ser aventada a la cama o recibir comentarios descalificantes, las cuales no fueron reconocidas por la cuidadora. Sin embargo, su discurso es interesante porque la historia familiar es la que le da sentido a la práctica de violencia, aunque esta no sea abiertamente reconocida. La cuidadora define la vejez y el cuidado de su mamá como algo “deprimente” y “desgastante”; a su vez, reclama no haber recibido cariño de su parte; esta situación explica que sea “enérgica” con la adulta mayor, dado que manifiesta sentir

---

<sup>245</sup> Entrevistas LN-FC-01-07-10-14, D-FC-03-14-10-14, D-FC-17-03-12-14.

<sup>246</sup> Entrevistas D-FC-07-24-10-14, LN-FC-12-21-11-14.

<sup>247</sup> Entrevista LN-FC-05-16-10-14.

<sup>248</sup> Entrevista D-FC-04-15-10-14.

<sup>249</sup> Entrevista LN-FC-09-07-11-14.

<sup>250</sup> Entrevista LN-FC-17-03-12-14.



resentimiento porque “así me criaron y yo soy muy rencorosa”.<sup>251</sup> Una joven que relató una experiencia de abuso sexual consentido por su mamá, planteó que esta situación es una posible causa de violencia en contra de la adulta mayor, aunque no reconoció ejercerla.<sup>252</sup> En relación con estas percepciones, una cuidadora de 57 años, contó que ha visto en la televisión “que no quieren ver o no atienden a sus papas porque fueron malos con ellos, que no me quiso, que siempre me trataba mal, ¿ahora por qué la voy a ver yo?”.<sup>253</sup>

Por otra parte, entre los entrevistados hay un consenso sobre las consecuencias negativas que la violencia tiene en las personas adultas mayores que la sufren, tales como tristeza, depresión y pérdida del deseo de vivir. Este tipo de acciones no es socialmente bien visto, e incluso, en los casos en los cuales los familiares y cuidadores reconocieron ejercer la violencia, también afirmaron saber los efectos negativos que ésta puede conllevar. No obstante, el conocimiento de dichas consecuencias no es suficiente para disuadir a los familiares y cuidadores de la práctica de la violencia, lo cual indica que ésta no sólo se produce por ignorancia de los victimarios sobre qué puede o no ser considerado como un acto violento. En otras palabras, hay ideas, valoraciones y significados mucho más profundos que explican la recurrencia de las conductas violentas.

En suma, aunque las causas identificadas por los entrevistados son un intento por dar sentido a las experiencias de violencia que sufren o que ejercen, en ocasiones también se convierten en mecanismos de legitimación y de justificación de la violencia, los cuales dificultan la denuncia o el simple reconocimiento de las situaciones de abuso y maltrato ante otros miembros de la sociedad, entre ellos, los profesionales de la salud.

---

<sup>251</sup> Entrevista LN-FC-17-03-12-14. Más referencias sobre este caso aparece en el capítulo III, en el que se citó de manera más extensa el testimonio de la hija cuidadora y su mamá.

<sup>252</sup> Entrevista D-FC-05-16-10-14.

<sup>253</sup> Entrevista L-FC-05-04-11-14.

## IV.2.2 Profesionales de la salud

Así como en el caso de las percepciones sobre la vejez, las miradas a la violencia fueron diversas entre los profesionales entrevistados. Ellos no son un grupo homogéneo, por tanto, sus ideas, conocimientos y experiencias sobre la violencia hacia las personas adultas mayores también variaron. Pese a ello, es posible establecer algunos patrones en sus testimonios. En cuanto a las prácticas que consideran como violentas, los profesionales consultados también identificaron los cuatro tipos antes descritos: *física* (golpear a la persona adulta mayor, aventarla o jalonearla), *psicológica y verbal* (gritos, gestos, malas palabras, hablar fuerte a la persona adulta mayor aunque tenga capacidad auditiva para escuchar, hacerla callar, humillarla, criticarla, juzgarla, no respetar sus ideas o sus cosas y regañarla); *económica* (despojarla de sus bienes, quitarle sus tarjetas de ayuda del gobierno o retirar el apoyo económico) y *abandono o negligencia* (no prestar atención a la persona adulta mayor o a sus enfermedades, omitirla, no hablarle, dejarla sin comer, no darle alimentos a la hora debida, ser indiferente a sus necesidades, aislarla, encerrarla, marginarla, no prestar atención a sus medicamentos, no asearla o no llevarla a sus citas médicas). En suma, los profesionales consultados reconocieron que los actos violentos ocurren cuando las personas adultas mayores son vulneradas, heridas o lastimadas en las distintas dimensiones de su ser: la física, la psicológica, la económica y la social.<sup>254</sup>

Otra forma de violencia abordada por los profesionales entrevistados fue la *institucional*, reflejada en prácticas como hablarle fuerte a la persona adulta mayor durante la atención,<sup>255</sup> hacerla acudir al centro de salud desde las 5 de la mañana para lograr una cita, no darle atención cuando la requiere<sup>256</sup> o no otorgarle prioridad en la consulta.<sup>257</sup> La mayoría de los profesionales entrevistados señaló la importancia de reconocer también como conductas violentas aquellas que no dejan huellas físicas

---

<sup>254</sup> Entrevista LN-PS-09-20-11-14.

<sup>255</sup> Entrevista L-PS-07-07-11-14.

<sup>256</sup> Entrevista LN-PS-05-18-11-14.

<sup>257</sup> Entrevista L-PS-01-06-10-14.

visibles en la persona adulta mayor (tales como la violencia verbal y psicológica, la económica e incluso el abandono). Sin embargo, como se mostrará en el capítulo V de este trabajo, sus acciones en torno a dichas formas de violencia han sido escasas por diversos motivos expuestos más adelante. Confrontar las percepciones sobre la violencia con el trato que los profesionales dan en su cotidianidad a estos casos, sugiere la hipótesis de que, en la práctica, la violencia hacia las personas adultas mayores está siendo considerada de forma muy limitada, lo cual contradice las opiniones de los profesionales entrevistados.

Así, aunque en el discurso hay una percepción amplia sobre las diferentes acciones que pueden ser consideradas como violentas, en la práctica los profesionales parecen otorgar más importancia a sus manifestaciones visibles, como es el caso de los golpes y los abusos físicos. El desfase entre el discurso sobre la violencia y las acciones emprendidas para atenderla reafirma la importancia de contrastar estas percepciones con la práctica profesional, tarea en la cual el método etnográfico sería de gran utilidad para visibilizar prácticas que escapan al discurso verbal de los profesionales de la salud.

Por su parte, los profesionales tendieron a explicar la violencia hacia las personas adultas mayores como producto de contextos socio-económicos precarios (evidenciados en situaciones como el hacinamiento, la violencia intrafamiliar, la falta de redes de apoyo, el consumo de alcohol y las carencias en la educación). En estos testimonios, la desintegración familiar fue un elemento recurrente.<sup>258</sup> La frecuencia de la violencia intrafamiliar fue vista por una de las psicólogas consultadas como una evidencia de que la violencia se convierte en una práctica “natural”.<sup>259</sup> Asimismo, los profesionales entrevistados también identificaron como causas de la violencia la falta de consideración a la situación vulnerable de las personas de edad,<sup>260</sup> la frustración,

---

<sup>258</sup> Entrevista LN-PS-07-19-11-14, LN-PS-09-20-11-14, LN-PS-10-01-12-14, LN-PS-11-01-12-14, LN-PS-12-02-12-14, LN-PS-14-20-01-15, D-PS-07-10-12-14,

<sup>259</sup> Entrevista LN-PS-08-20-11-14.

<sup>260</sup> Entrevista L-PS-07-07-11-14, L-PS-01-21-10-14

el estrés<sup>261</sup> y la existencia de percepciones negativas sobre las personas adultas mayores (tales como la improductividad o inutilidad).<sup>262</sup>

### **IV.3 Las percepciones sobre la vejez y la violencia y su relación con la atención**

Las diversas formas de violencia hacia las personas adultas mayores deben ser concebidas como fenómenos multicausales. Sus explicaciones son diversas y pueden estar relacionadas con el contexto socio-económico de los hogares, así como con la historia de las relaciones familiares. En esta red de posibles causas y explicaciones a la violencia, las percepciones sobre el envejecimiento y la vejez también tienen un papel central, al contribuir a la naturalización de ciertas formas de violencia que son justificadas porque se dirigen a individuos valorados de manera negativa. De igual manera, como ocurre en el caso de los profesionales de la salud, una percepción limitada de lo que se considera como violento puede minimizar la importancia de ciertas prácticas (tales como el abandono, el abuso económico o la violencia psicológica y verbal) y, por tanto, inhibir o restar urgencia a la atención. En todo caso, como se abordará en el capítulo V sobre los aspectos institucionales, el desfase entre la gran cantidad de casos de violencia y la poca atención de éstos en los centros de salud no sólo se explica mediante la existencia de percepciones negativas, estereotipadas o limitadas de la vejez. A la par con dichas valoraciones, es importante considerar la existencia de condiciones estructurales que inciden de forma definitiva en la atención a las personas adultas mayores que sufren violencia.

En suma, el predominio de percepciones negativas sobre la vejez y la forma que éstas toman, reafirma la necesidad de brindar una atención más integral a la salud de las personas adultas mayores, la cual incluya los servicios psicológicos y de trabajo social como un componente central. A su vez, los testimonios de los entrevistados muestran la necesidad de fomentar, en los casos en los que resulte posible, la realización de actividades que favorezcan la autonomía de la persona adulta mayor y que resalten su

---

<sup>261</sup> Entrevista LN-PS-08-20-11-14, LN-PS-12-02-12-14, D-PS-01-23-10-14

<sup>262</sup> Entrevista LN-PS-11-01-12-14, D-PS-03-28-10-14

contribución social y económica, pasada y presente, a sus hogares. Pese a las dificultades económicas y materiales de los hogares visitados, la improductividad de las personas adultas mayores también debería ser relativizada, por medio de la valoración de otro tipo de aportes sociales y económicos. En este sentido, un cambio en las percepciones sobre el envejecimiento y la vejez podría tener un impacto positivo en el sufrimiento de violencia por parte de las personas adultas mayores.

Los estereotipos negativos sobre el envejecimiento y a la vejez también inciden en las percepciones de los entrevistados sobre la denuncia. Al respecto, es importante reconocer que un obstáculo en la atención oportuna a la violencia es el desconocimiento que tienen los entrevistados sobre los mecanismos de denuncia y las instituciones a las cuales pueden recurrir para quejarse sobre una situación de violencia. La mayoría de las personas adultas mayores consultadas afirmaron saber nada o muy poco sobre la existencia de entidades encargadas de atender este tipo de casos. Fueron muy pocos los entrevistados que contaron haber recurrido a organismos públicos para solicitar ayuda en una situación de violencia. Uno de estos casos excepcionales es el de un adulto mayor, entrevistado en un centro de salud, quien contó que “en la delegación hay una oficina que dice Unidad a Protección a Víctimas, y dentro de esa unidad hay otra subsección de protección a los adultos mayores”.<sup>263</sup> El entrevistado acudió a esta instancia debido a un intento de agresión física cometido por su nieto. Otro adulto mayor que denunció una situación de violencia recurrió a un juzgado para adelantar un pleito en contra de su expareja, quien pretendía despojarlo de su vivienda; él también contó que en una ocasión interpuso una queja en el DIF porque tuvo conocimiento de situaciones de violencia de parte de su hijo contra su nieto. De esta denuncia, se derivaron visitas de trabajadoras sociales a la vivienda.<sup>264</sup> En los dos casos, los adultos mayores son personas no dependientes y que asisten por su cuenta a los centros de salud, lo cual incide en su capacidad de adquirir información sobre el tema y de presentar una denuncia. No obstante, estas situaciones son poco comunes entre las personas adultas mayores entrevistadas. Aunque varias

---

<sup>263</sup> Entrevista LN-AM-07-27-10-14.

<sup>264</sup> Entrevista LN-AM-34-15-12-14.

de ellas tienen una idea general acerca de que pueden acudir a los centros de salud y a las delegaciones correspondientes, la información al respecto es mínima.

Esta situación puede ser vista como uno de los obstáculos para la atención oportuna de la violencia hacia las personas adultas mayores; sin embargo, la información no sería una estrategia de prevención suficiente puesto que, como se ha explicado, el [re]conocimiento y subregistro de la violencia está en parte vinculado con la legitimación de este tipo de prácticas en el discurso y en la vida cotidiana. De esta manera, la carencia de denuncias por parte de las personas adultas mayores entrevistadas también tiene relación con otras causas, tales como el mantenimiento de un ideal de familia que no puede ser cuestionado; la vergüenza de admitir de manera abierta el sufrimiento de violencia porque cuestiona dicho ideal; la resistencia a permitir la mediación de las instituciones en la vida familiar; la falta de confianza en las instituciones; el miedo a represalias en contra de la persona adulta mayor,<sup>265</sup> el agresor<sup>266</sup> o el demandante<sup>267</sup> y la imposibilidad física y material de buscar información o realizar una denuncia (como ocurre con las personas adultas mayores dependientes).

Con respecto a los valores familiares, un ejemplo fue la opinión de un adulto mayor, entrevistado en uno de los centros de salud, quien dijo que cree que las personas no denuncian los casos de violencia “por presumir que tienen una familia muy buena, que no tienen ningún sufrimiento”, y por “pena”, “[...] pero pues cuando se habla con la verdad, pues yo digo que no tiene uno por qué avergonzarse, y eso es lo que le pasa a la mayoría [...]. ‘Uh, mi marido es un santo, es Dios, y mis hijos, y mis nietos’, y de repente ya están, ‘no, fíjate que mi viejo, que no llegó, y que me pegó’, entonces, ¿dónde está la verdad?”.<sup>268</sup> De acuerdo con otro testimonio, no es correcto denunciar

---

<sup>265</sup> Entrevistas D-FC-13-14-11-14, D-AM-05-15-10-14.

<sup>266</sup> Entrevista D-AM-05-15-10-14

<sup>267</sup> Entrevista D-AM-03-09-10-14.

<sup>268</sup> Entrevista LN-AM-16-05-11-14.

a los hijos y la actitud más prudente ante un conflicto o una experiencia violenta es “aguantarse”.<sup>269</sup>

En cuanto a la renuencia a la mediación de las instituciones, un ejemplo es el testimonio de un adulto mayor que sufre violencia por parte de un joven que trabaja en el tianguis donde él vende, quien explicó que “lo de la familia se lo debe de guardar uno mismo, digo yo, porque el médico no debe de saber, aunque me trataran mal él no debe de saberlo, porque me puede decir ‘¿y a mí qué me importa?’”.<sup>270</sup> Con respecto a la falta de confianza en las instituciones, una cuidadora y también adulta mayor, opinó que no es útil denunciar la violencia porque “como son las leyes aquí, no, porque el que tiene dinero es el que gana, el que no tiene se amoló”.<sup>271</sup> Una adulta mayor entrevistada en un centro de salud, consideró que aunque la denuncia sería pertinente, muchas personas no recurren a ella “por miedo, o porque luego las personas así, la policía lo traen de vuelta en vuelta o simplemente lo ignoran a uno”.<sup>272</sup> Por su parte, una adulta mayor, entrevistada en un centro de salud, señaló que la gente no se atreve a denunciar las situaciones de violencia “por no buscarse problemas”.<sup>273</sup> También al respecto, otra adulta mayor, consultada en su vivienda, opinó que en la denuncia

[...] es donde siempre se cierran las puertas, usted puede decir: “llamo para esto” y empiezan a pedir datos, usted tiene que ir, usted tiene que declarar, que si esto, que si el Ministerio Público, ¿entonces dónde está el apoyo? Si yo soy la que va a ir a denunciar, yo voy a ser la que me voy a ir aquí, ¿dónde está el apoyo del gobierno? [...] Nosotros hemos llamado a varios programas y el único que ha contestado decentemente es el veterinario, pero en todos los demás programas a usted le dan todas las vueltas, le dicen muchas cosas, pero telefónicamente no resuelve nada, porque le digo, si a mí me van a dar toda la tarea, que yo me lleve a la vecina, que yo levante el reporte, que yo vaya y me encargue, ¿eso es una ayuda? <sup>274</sup>

---

<sup>269</sup> Entrevista D-AM-14-31-10-14.

<sup>270</sup> Entrevista D-AM-05-15-10-14.

<sup>271</sup> Entrevista LN-FC-01-07-10-14.

<sup>272</sup> Entrevista LN-AM-12-31-10-14.

<sup>273</sup> Entrevista D-AM-03-09-10-14.

<sup>274</sup> Entrevista L-AM-03-20-10-14.

En cuanto a los miedos a las posibles represalias de una denuncia, una adulta mayor explicó que ha escuchado testimonios según los cuales es mejor no denunciar la violencia porque “es que es mi hijo, cómo lo voy a acusar, lo meten a la cárcel y qué hago, o es mi hija y lo mismo, le quitan a los niños y qué hace mi hija”. En relación con un caso de violencia económica conocido por ella explicó que la víctima, también entrevistada en el marco de este estudio, justifica su falta de acción por consideración con los agresores, porque “ay, es que es mi hijo, ya está grande, cómo le voy a hacer eso, no puedo porque le van a hacer esto, le van a hacer aquello [...], porque nos falta valor para hacerlo, no podemos sacar lo que sentimos”.<sup>275</sup>

Las instituciones a cargo de la atención de las personas adultas mayores deben realizar un gran trabajo en cuanto a la capacitación de los miembros de este grupo de edad y de sus familiares y cuidadores. Sin embargo, la prevención de la violencia no sólo requiere una formación en torno a las prácticas que pueden ser consideradas como violentas, sino que implica un cuestionamiento más profundo de los prejuicios y estereotipos que presentan imágenes negativas y simplificadas del envejecimiento, dado que estas construcciones son las que legitiman el hecho de que las personas adultas mayores puedan ser agredidas y que las prácticas violentas en su contra adquieran un sentido. De esta manera, una labor fundamental para promover en los centros de salud y porque no en el mismo sistema, es la toma de consciencia sobre el hecho de que las representaciones del envejecimiento y de la vejez no son construcciones biológicas, sino sociales y culturales. Si bien, dichas representaciones se basan en hechos fisiológicos inherentes al envejecimiento, las formas como son expresadas y los estereotipos vinculados con ellas no pueden ser concebidos como hechos naturales.

---

<sup>275</sup> Entrevista L-AM-02-17-10-14.



## CAPÍTULO V

### LA INSTITUCIÓN DE SALUD Y LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA A PERSONAS ADULTAS MAYORES

#### V. Introducción

Pese a la importancia que ha ido ganando en los últimos años el tema de la violencia hacia las personas adultas mayores, continúa existiendo un claro problema de reconocimiento, atención y prevención en los servicios de salud. Este trabajo contribuye al análisis de este fenómeno a partir de la búsqueda y reflexión de las dimensiones sistémicas de la violencia. Se introduce el concepto de violencia estructural, y se usa de dos maneras. En primer lugar, se utiliza la violencia estructural como marco para plantear preguntas en torno a cómo los factores sociales y organizacionales influyen en el reconocimiento, atención y prevención de la violencia que viven las personas adultas mayores en el ámbito familiar. En segundo lugar, se utiliza el concepto de violencia estructural para analizar las condiciones de trabajo del personal de salud como una forma de violencia que trasciende en el proceso de atención a grupos específicos de la población como son el de las personas adultas mayores.

La noción de *violencia estructural*, tal como la propone el politólogo noruego Johan Galtung (1969), constituye una base teórica importante para entender las dinámicas institucionales en el sector salud, que en este estudio corresponden a los centros de salud, y su relación con el proceso de reconocimiento, atención y prevención de la violencia hacia las personas adultas mayores. Para el autor, la violencia estructural corresponde a la acción sistemática de una estructura social o de una institución que impide a las personas satisfacer sus necesidades elementales. Se concreta, precisamente, en la negación de las necesidades humanas cuando con otros criterios de funcionamiento y organización serían fácilmente cubiertas. En este sentido, la violencia estructural hace hincapié en el papel que las instituciones y prácticas sociales

desempeñan en la prevención para que las personas puedan satisfacer sus necesidades básicas o su desarrollo personal.

El objetivo del presente capítulo es identificar las barreras institucionales que existen para la atención de la violencia que sufren las personas adultas mayores en su ámbito familiar y que son atendidas en los centros de salud en los que se desarrolló el estudio. Para ello, es necesario explorar el proceso de atención de los casos de violencia hacia las personas adultas mayores y los factores organizacionales que inciden en éste. El proceso de atención indica las prácticas llevadas a cabo por los profesionales para tratar los casos de violencia que observan en su ejercicio cotidiano. A su vez, los factores organizacionales hacen referencia al funcionamiento de los centros de salud y a la relación entre sus distintas instancias, así como a la forma en que estos aspectos favorecen u obstaculizan la atención oportuna a los casos de violencia. Para explorar el proceso de atención y los factores organizacionales, se recurrirá a los discursos de los profesionales de la salud con respecto al procedimiento para tratar casos de violencia, las relaciones y los conflictos entre las diversas áreas de los centros de salud, así como el cumplimiento de las necesidades de las personas adultas mayores por parte de los centros de salud.

Las cuestiones institucionales son pertinentes para este estudio, debido a que permitirán dar cuenta de otra dimensión de la violencia que sufren las personas adultas mayores, como lo es la *violencia estructural*. De igual manera, el análisis de los dos factores antes descritos permitirá identificar diversas barreras que surgen en la atención de estos casos. Cualquier propuesta en torno al tratamiento de las situaciones de violencia hacia este sector de la población, debe tener en cuenta el contexto institucional y las limitaciones que los profesionales encuentran, en el ámbito de los centros de salud, para intervenir en los casos de violencia durante su práctica cotidiana.

En primer lugar, se realizará una descripción general de los centros de salud en los que se realizó el trabajo de campo, complementando lo descrito en los capítulos

anteriores, específicamente en el capítulo II, con el fin de tener una mejor comprensión del contexto en donde se lleva a cabo la atención de las personas adultas mayores y las situaciones de violencia. En esta primera sección se abordará la dinámica de trabajo con los correspondientes equipos del programa de ADPV. Es importante destacar algunas particularidades de cada uno de estos equipos, debido a que ellos fueron el puente que permitió el ingreso a los hogares y, de igual manera, son un recurso fundamental del sistema de salud para la atención de la violencia. En segundo lugar, se hará referencia a los procedimientos y estrategias utilizadas por los profesionales entrevistados en los centros de salud y del programa de ADPV para atender casos de violencia a personas adultas mayores. La hipótesis que se plantea en esta parte del trabajo es que, sumado al desconocimiento o a la naturalización de ciertas formas de violencia por parte de los propios profesionales de la salud, la fragmentación institucional constituye otra barrera significativa a la hora de brindar una atención oportuna e integral a este tipo de casos. En tercer lugar, se retomarán los testimonios de los profesionales para documentar los factores que ellos identificaron como barreras a la hora de tratar las situaciones de violencia que sufren las personas adultas mayores en el ámbito familiar; se prestará especial atención a tres aspectos, los más reiterados en las entrevistas: los relacionados con las propias personas adultas mayores, los que tienen que ver con los aspectos familiares y los vinculados con la dinámica institucional y las condiciones de trabajo de los mismos profesionales de la salud. Este análisis permitirá hacer algunas recomendaciones a tener en cuenta para mejorar el proceso de atención en los centros de salud de los casos de violencia hacia las personas adultas mayores.

Para este capítulo se analizaron principalmente las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud (34 profesionales de la salud) y 4 administrativos del área de archivo y farmacia (ver cuadro 4).

**Cuadro 4. Personal de salud y administrativo entrevistado por centro de salud**

Profesión o cargo	Centro de Salud			Total
	Dr. Manuel Pesqueira (Iztacalco)	Dr. Guillermo Román Carrillo (Iztapalapa)	Dr. Rafael Ramírez Suárez (Gustavo A. Madero)	
Medicina familiar o de especialidad	5	4	4	13
Psicología	1	2	1	4
Enfermería	2	3	2	7
Trabajo social	2	3	2	7
Nutrición			1	1
Director del Centro	1		1	2
Archivo	1	1	1	3
Farmacia	1			1
Total	13	13	12	38

### **V.1 Un panorama general a los centros de salud y al programa de ADPV**

El programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal tiene como fin cumplir los objetivos del Gobierno de la ciudad en cuanto a la *Ley de Acceso a los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos*, es decir, “dar respuesta” a las necesidades de salud de quienes no cuentan con seguridad social y habitan en el Distrito Federal.<sup>276</sup> Dicha ley, publicada en 2006, establece que

El Gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, deberá garantizar el acceso gratuito a las personas residentes en el Distrito Federal, que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral, a los servicios médicos disponibles y a los medicamentos asociados que proporciona dicha dependencia de conformidad con sus atribuciones.<sup>277</sup>

De esta manera, más que ser parte de un programa que busca el cubrimiento en salud, la atención ofrecida en los centros de salud del Distrito Federal es un derecho de todos

<sup>276</sup> “Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos”, Secretaría de Salud del Distrito Federal, <http://www.salud.df.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/psmmg>, consultado el 17 de septiembre de 2015.

<sup>277</sup> “Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral” en <http://cgservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/r1279.pdf>, consultado el 17 de septiembre de 2015.

los habitantes de la ciudad, en tanto no se encuentren afiliados a una entidad de seguridad social. A su vez, el Sistema de Protección Social en salud del Distrito Federal, mejor conocido como *Seguro Popular*, es el sistema de afiliación voluntaria, mediante el cual los usuarios que no cuentan con seguridad social pueden acceder a los servicios que ofrecen los centros de salud. Este programa incluye intervenciones en salud en áreas tales como salud pública (es decir, vacunación para todos los grupos de edad y acciones preventivas), atención ambulatoria, odontología, atención de urgencias, hospitalización y cirugía general.<sup>278</sup> Dado que los centros de salud hacen parte del primer nivel de atención en salud, los padecimientos e intervenciones más complejos son atendidos en distintos centros hospitalarios, a los cuales son remitidos los usuarios. Vale la pena señalar que, de acuerdo con una de las profesionales entrevistadas, en los casos en los cuales las personas adultas mayores no están afiliadas al Seguro Popular, el servicio se articula con las tarjetas de ayuda económica y, mediante éstas, se brinda el medicamento al paciente.<sup>279</sup>

### **V.1.1 Centro de salud Dr. Manuel Pesqueira (Delegación Iztacalco)**

En el turno matutino, este centro cuenta con trece consultorios. Sin embargo, en el momento del estudio, dos médicas se encontraban en licencia prejubilaria. En el turno vespertino, el servicio se presta en dos consultorios, e igual número son habilitados durante los fines de semana. De los 13 consultorios, 2 están destinados a servicios de psicología (uno matutino y otro vespertino), uno a nutrición, uno a vasectomía, uno a colposcopia, uno a ultrasonido y uno a rayos X. A su vez, los servicios de odontología se prestan en un consultorio que cuenta con tres unidades matutinas y tres vespertinas; los profesionales de esta especialidad comparten un área en común. Los servicios de trabajo social cuentan con un área de dos módulos de atención al público, más un espacio de trabajo comunitario, compuesta por un salón con sillas para aproximadamente veinte personas donde se realizan talleres y

---

<sup>278</sup> "Sistema de Protección Social en salud del Distrito Federal. Catálogo de servicios", en [http://www.salud.df.gob.mx/portal/seguro\\_popular/index/catalogoservicios.php](http://www.salud.df.gob.mx/portal/seguro_popular/index/catalogoservicios.php), consultado el 17 de septiembre de 2015.

<sup>279</sup> Entrevista L-PS-15-10-12-14.

reuniones. Dicho centro cuenta con 21 médicos de base incluyendo al director, 8 trabajadores sociales, 5 dentistas, 2 ginecólogos, 2 psicólogos, una técnica radióloga y una nutrióloga.<sup>280</sup>

De las personas adultas mayores entrevistadas se pudo observar una percepción en su mayoría positiva del centro de salud, a pesar de los problemas de escasez de medicamentos que afectan a todos los centros visitados. Entre los entrevistados, todos habitantes de la colonia Agrícola Oriental, parece haber un sentido de apropiación del centro de salud como un lugar central de su barrio. Incluso, en algunos casos, las personas llegaron a platicar sobre la construcción del centro de salud y la importancia de este hecho en la historia de su comunidad. En este sentido, una adulta mayor, relató que contribuyó con el transporte de materiales y la preparación de los alimentos para los obreros que trabajaban en la construcción.<sup>281</sup> Otra adulta mayor, habló sobre un conflicto que tuvo con su hija y cuidadora y asignó un lugar central en su resolución al centro de salud dado que, después del pleito, ella y su hija llegaron allí y solicitaron una valoración médica para la adulta mayor. La entrevistada señaló que recurriría al centro de salud en caso de tener algún otro conflicto con su hija.<sup>282</sup>

La zona que atiende este centro de salud es más reducida que la de los centros visitados posteriormente. Allí, el programa de ADPV llega a viviendas ubicadas principalmente en la colonia Agrícola Oriental, pero también en El Rodeo. Por tanto, el médico del programa, se mueve en un área menos extensa que los equipos del programa de ADPV de Iztapalapa y Gustavo A. Madero. Es posible que esta situación promueva una atención más constante y frecuente de los pacientes, lo cual también ha generado una gran confianza en este médico y en general, en el programa y en el centro de salud.

Sin embargo, parte de la confianza hacia el programa de ADPV parece tener una relación directa con las cualidades del profesional a cargo, de quien los pacientes

---

<sup>280</sup> Conversación con el director del centro de salud, Abril 29 de 2015.

<sup>281</sup> Entrevista L-AM-03-14-10-14

<sup>282</sup> Entrevista L-AM-05-17-10-14.

entrevistados tuvieron, en general, una opinión bastante positiva. Esta situación plantea la hipótesis de que el trabajo en torno a la atención y prevención de la violencia depende mucho del compromiso personal de cada profesional, no tanto de criterios establecidos para el funcionamiento de las instituciones de salud. La buena recepción de este profesional en la comunidad tiene que ver con que es una persona reconocida, respetada, que planea las citas de sus pacientes en una agenda, los visita y tiene comunicación telefónica frecuente con ellos, por lo menos una vez al mes. Por tanto, el programa de ADPV ha generado confianza, en la medida en que los pacientes saben con anticipación que serán visitados y atendidos. Además, en las conversaciones previas o posteriores a las visitas para la realización de las entrevistas, el profesional demostró un conocimiento profundo de cada uno de los pacientes, no solo a nivel médico sino también familiar. Asimismo, el profesional cuenta con facilidades a la hora de movilizarse entre un domicilio y otro, pues tiene un vehículo particular que usa para desplazarse, donde su mantenimiento (gasolina) corre por su cuenta. No obstante el programa tiene una gran carencia, como lo es la falta de un equipo multidisciplinario para brindar atención integral a los pacientes –como se tiene previsto en el mismo programa-, pues en el caso de este centro de salud, el programa de ADPV sólo cuenta con el médico familiar.

A partir del trabajo etnográfico se pudo observar que un aspecto a subrayar en este centro de salud, que de alguna forma contribuye a que se brinde un mejor servicio a la población en general, tiene que ver con la propia dirección del centro de salud, en donde el director general y su equipo cercano, promueve la realización de reuniones semanales, específicamente el jueves de cada semana, para tratar diferentes temas que van desde información relacionada con la salud (noticias actuales), así como, aspectos relacionados con el centro (cambios de personal, resultados de auditorías, etc.). Este hecho, así como la disposición que tiene el director para atender al personal que allí labora, contribuye a que algunos problemas que presentan los pacientes puedan ser resueltos y dentro de ellos los relacionados con la violencia que sufren en el ámbito familiar.<sup>283</sup>

---

<sup>283</sup> Diario de campo y conversación con el director del centro de salud, Abril 29 de 2015.

### **V.1.2 Centro de salud Dr. Guillermo Román Carrillo (Delegación Iztapalapa)**

Al momento de realizar el trabajo de campo el centro de salud contaba con 15 consultorios, pero debido a la remodelación que se realizaba, sólo funcionaban 12, todos habilitados para la atención médica. Además, psicología tiene un consultorio en un edificio aparte, ubicado al costado norte del centro de salud. Sumado a ello, hay tres cubículos para trabajo social y uno para nutrición. Inmunizaciones y curaciones tienen asignadas áreas aparte en el centro de salud. En cuanto al personal, el centro tiene 19 médicos, 3 psicólogos, un psiquiatra y aproximadamente 40 enfermeras.<sup>284</sup> Este centro de salud es el más grande de los tres visitados y, dado que se encontraba en remodelación, su infraestructura es más moderna que la de los otros dos centros. Vale la pena señalar que, de los centros visitados, este es el único que cuenta con un cubículo propio para las profesionales del programa de ADPV.

A diferencia de los otros dos centros de salud, se encontró entre las personas adultas mayores y cuidadores/familiares entrevistados una percepción positiva de los servicios que el centro provee, pero también fueron más evidentes las muestras de descontento con éste y en especial, con el programa de ADPV. Como en el caso anterior, la carencia de medicamentos es la queja más recurrente, así como algunos comentarios sobre malas experiencias con ciertos profesionales de la salud (en especial, no avisarles a los pacientes cuando el médico se va a ausentar o no tratarlos bien).<sup>285</sup> No obstante, las quejas sobre el personal del centro de salud no fueron recurrentes y cuando ocurrieron, los entrevistados señalaron que esta situación de alguna manera se corrigió. Buena parte de los consultados habló de la necesidad de mejorar la atención y el trato que los profesionales brindan a los usuarios. Sin embargo, al preguntarles sobre experiencias específicas en las cuales hubieran recibido malos tratos por parte del personal, nombraron muy pocos casos, por lo general no aludieron a los nombres de los profesionales involucrados y dijeron que era una situación ocurrida en el pasado, pero que ya había sido reparada.

---

<sup>284</sup> Conversación con el Gestor de Calidad, Noviembre 21 de 2014.

<sup>285</sup> Entrevistas L-AM-23-13-11-14 y L-FC-12-21-11-14.



En general, entre las personas adultas mayores que acuden al centro de salud, se pudo percibir cierta falta de apego. De hecho, fue común que los entrevistados contaran que buscan atención médica en otros centros de salud y hospitales (tales como el Gea González, el Belisario Domínguez o el hospital del Tláhuac, entre otros). Esta situación puede deberse al mayor tamaño de este centro de salud y a los inconvenientes que puede ocasionar la remodelación. Asimismo, la zona atendida es más extensa que en el primer caso, dado que el centro se encuentra en el pueblo de San Lorenzo Tezonco, pero cubre domicilios en diferentes colonias, tales como Lomas de San Lorenzo, Jardines de San Lorenzo, El Molino, Consejo Agrarista Mexicano, Unidad Habitacional Mirasoles, Benito Juárez, Unidad Habitacional Uscovi, Año de Juárez, Barrio San Antonio, José López Portillo, El Rodeo, El Rosario, El Vergel, Valle de San Lorenzo, Cerro de la Estrella, Unidad Habitacional Cananea, Unidad Habitacional FPFV y Paraje San Juan.

Con relación al programa de ADPV, el que la zona sea tan extensa ocasiona que la médica y la enfermera, tengan que hacer largos desplazamientos de hasta 45 minutos entre el centro de salud y el domicilio visitado tomando peseros, combis, taxis y a pie. Dado que el programa no cuenta con transporte propio, las profesionales deben hacerse responsables de este, lo cual demora la atención y hace que el número de visitas por día se reduzca considerablemente ocasionando reclamos por parte de los usuarios, los cuales fueron frecuentes durante las entrevistas. Fue notorio el inconformismo en los beneficiarios del programa, de manera recurrente las personas adultas mayores y sus cuidadores mostraron poco interés para participar en el estudio, y algunos se negaron. El uso de la grabadora en estos domicilios tampoco fue permitido en varios casos, y a menudo debió ser negociado con los entrevistados. La hipótesis que se planteó sobre esta situación, es que hay una falta de confianza de los pacientes en el programa de ADPV, debido a que sus visitas son poco frecuentes y no se realizan con base en citas agendadas con anterioridad.<sup>286</sup> De igual manera, otro aspecto que podría estar afectando la atención es que la médica que lidera este equipo

---

<sup>286</sup> Por ejemplo, Entrevista L-FC-11-12-11-14.

asumió su cargo unos meses antes de iniciada la investigación, por lo cual no tenía un conocimiento detallado de la zona atendida y debía ser guiada por la enfermera; quien se encontraba a punto de tomar una incapacidad por maternidad. Era aparente el desconocimiento por parte de las profesionales sobre las historias familiares de los pacientes, el cual se pudo constatar en los diálogos que se sostenían con las entrevistadoras antes y después de estar en los domicilios.

Las profesionales del programa de ADPV cuentan con el apoyo de una psicóloga y un trabajador social, ambos de la jurisdicción sanitaria de Iztapalapa, quienes las acompañan los días martes y miércoles, respectivamente. No obstante, al estar adscritos a la jurisdicción y no al centro de salud, estos profesionales tienen un gran número de pacientes por atender, puesto que visitan domicilios de otras zonas de Iztapalapa. Esto implica que pueden tardar varios meses en volver a ver a cada uno de sus pacientes (entre uno y tres, aproximadamente).<sup>287</sup> Por tanto, sólo las situaciones más extremas son evaluadas por ellos, mientras que otros casos que también ameritarían una atención integral y urgente (adultos mayores deprimidos, con pensamientos suicidas y en situaciones críticas de abandono o de violencia familiar) deben esperar para ser atendidos, o no reciben tal servicio.<sup>288</sup> Al ser tan escaso el personal, es inevitable que las profesionales hagan una selección de los casos que consideran más críticos, dejando de lado la atención de otros que pueden estar viviendo situaciones que ponen en riesgo su salud y bienestar. Un aspecto que llamó la atención y que no se logró comprender durante el trabajo de campo, es que aunado a las diversas situaciones antes mencionadas que afectan la correcta operación del programa, pareciera además haber una naturalización por parte de las profesionales de la salud, de las relaciones violentas en estos sectores de la población, que hace que se conciban como normales ciertas formas de violencia en las relaciones interpersonales, tales como las agresiones verbales, las amenazas, la indiferencia hacia la persona adulta mayor o su aislamiento, situación que de igual forma está ocasionando que no se atiendan.

---

<sup>287</sup> Notas de campo, L-PS-08-20-11-14.

<sup>288</sup> En especial, los casos de las entrevistas L-AM-14-04-11-14, L-AM-18-07-11-14 y L-FC-04-03-11-14.

Finalmente es importante subrayar, que en este centro de salud no se realizó la entrevista a la directora general debido a que se encontraba en periodo vacacional y cuando regresó no se pudo concertar una cita ya que se encontraba resolviendo situaciones pendientes. En este sentido, no fue posible constatar si en este centro se realizaban reuniones periódicas con el personal que allí labora, ni la dinámica o cohesión promovida por la dirección.

### **V.1.3 Centro de salud Dr. Rafael Ramírez Suárez (Delegación Gustavo A. Madero)**

El centro, ubicado en la colonia San Bartolo Atepehuacan, cuenta con 11 consultorios, todos ellos dedicados a medicina general. Sumado a ello, hay un espacio destinado a trabajo social que comparte un escritorio para el programa de ADPV, el cual fue movido hace algún tiempo de su lugar, para asignárselo a psicología que actualmente tiene 2 consultorios. El centro cuenta también con 2 consultorios de odontología y un módulo de atención a pacientes con padecimientos crónico-degenerativos. En el horario vespertino, funcionan 4 consultorios para atención médica. El centro tiene un electrocardiógrafo, ofrece rayos X y mastografía, y también tiene una sección de estadística. En cuanto al personal, hay 15 médicos, 3 de ellos con funciones administrativas, 4 odontólogos, un psicólogo, 34 enfermeras y 4 trabajadoras sociales.<sup>289</sup>

Entre las personas adultas mayores entrevistadas, la mayoría tuvo una percepción positiva del centro de salud. Como en los casos anteriores, la principal queja de los usuarios fue la falta de medicamentos. En cuanto al programa de ADPV, se pudo percibir, en general, una buena recepción por parte de las personas adultas mayores y cuidadores entrevistados. En este caso, fue posible hallar testimonios de usuarios que aseguran sentirse en confianza con las profesionales y que han creado relaciones

---

<sup>289</sup> Conversación con la gestora de calidad, Diciembre 10 de 2014.

cordiales más allá de la atención médica, puesto que conversan con las profesionales sobre sus problemas familiares.<sup>290</sup>

El programa de ADPV de este centro tiene asignada una zona considerablemente extensa, compuesta por 80 colonias, entre las más visitadas se encuentran: Guadalupe Victoria, Defensores de la República, Panamericana, Capultitlán, Tlacamaca, Max Ávila Camacho, Lindavista, San Bartolo Atepehuacan, Unidad Habitacional Lindavista Vallejo, Nueva Vallejo, San José de la Escalera, Santiago Atepetlac, Progreso Nacional, Guadalupe Proletaria, Santa Rosa, San Juan y Guadalupe Ticomán, Candelaria Ticomán, Ticomán, Santa María Ticomán, Purísima Ticomán, Unidad Habitacional La Salle, Industrial Vallejo, Laguna Ticomán, San Pedro Zacatenco, Palmas San José Ticomán, La Pastora, Jorge Negrete, La Joyita, Emiliano Zapata, Belisario Domínguez, Estanzuela, Martín Carrera, Tepeyac Insurgentes y Tablas de San Agustín. Los desplazamientos en la zona que estas profesionales atienden pueden alcanzar entre 45 minutos y una hora y algunas de las zonas atendidas, por ejemplo el cerro de Ticomán, son peligrosas en términos de seguridad. Dado que las profesionales tampoco cuentan con vehículo propio o transporte proporcionado por la Secretaría de Salud, sus desplazamientos son realizados a pie o en combis, peseros y metro. A pesar de ello, alcanzan a realizar hasta cuatro visitas por día.

El equipo de ADPV parece tener un gran conocimiento sobre cada uno de los casos, no sólo a nivel de salud sino en cuanto a la dinámica familiar de cada paciente. No obstante, como en las demás delegaciones, las carencias del programa son evidentes, debido a que las profesionales no cuentan con un espacio propio en el centro de salud, con vehículos para ser transportadas a los domicilios ni con profesionales de trabajo social o psicología que las apoyen. Por ejemplo, durante el trabajo de campo, fue común ver a la enfermera del programa trabajando en las sillas de las salas de espera y pasillos del centro de salud. Dichas carencias hablan también sobre el interés que el

---

<sup>290</sup> En especial, la entrevista L-AM-29-04-12-14.

centro de salud otorga al programa de ADPV, así como, a la atención de los pacientes más vulnerables en sus hogares.

Por otro lado, a pesar de haber una presencia del director del centro en las diversas actividades que se realizan, no se pudo constatar la realización de reuniones periódicas o la generación de espacios para resolver problemas de mejora en la atención de los pacientes y más bien, si se pudo observar cierto inconformismo por parte de los profesionales de la salud por la falta de una organización en los canales de comunicación, falta de cohesión y compromiso institucional que al final del día inciden en la prestación de los servicios.

## **V.2 El proceso de atención de la violencia hacia las personas adultas mayores**

El trabajo de campo realizado en los centros de salud se basó, en gran medida, en conversaciones y entrevistas con los grupos participantes en el estudio. No obstante, una parte clave desde la perspectiva etnográfica es la observación de las acciones, prácticas y escenarios en los cuales se desenvuelven los sujetos participantes en la investigación. Por ello, más allá de los testimonios orales de los profesionales entrevistados, en los cuales dieron cuenta del proceso de atención a los casos de violencia a personas adultas mayores, se realizó de manera complementaria algunas observaciones, tanto en los centros de salud como en los domicilios de los pacientes del programa de ADPV, en torno a la intervención por parte de los profesionales.

Un aspecto que destaca al analizar los testimonios de los profesionales entrevistados, es la falta de uniformidad en torno a su conocimiento sobre los procedimientos de atención de los casos de violencia que sufren las personas adultas mayores en el ámbito familiar. En otras palabras, dichos procedimientos varían en el discurso de los diferentes profesionales consultados. La discrepancia en las formas como se describen las vías existentes para reportar casos de violencia, evidenciada en la carencia de una opinión uniforme al respecto, podría dar indicios sobre el desconocimiento de canales institucionales y de lo que debe ser considerado como

violencia, así como sobre un funcionamiento poco efectivo de dichos canales y de una confianza reducida en ellos.

Es importante tener en cuenta que, como ya se ha mencionado, el grupo de los profesionales consultados es heterogéneo e incluyó a algunos trabajadores administrativos (por ejemplo, empleados de farmacia y archivo) quienes, en general, parecen tener un menor conocimiento sobre los mecanismos de atención de la violencia hacia las personas adultas mayores. Por ejemplo, uno de los encargados del archivo comentó que no todo el personal de su centro de salud está informado sobre lo que se debe hacer en una situación tal; entonces, “si llegan ahorita a archivo para preguntar qué se debe de hacer, nosotros los mandaríamos a trabajo social o a un consultorio, no tenemos una capacitación explícita para saber que mecanismo”.<sup>291</sup> Asimismo, es importante tener en cuenta que, por el carácter de la atención que prestan los centros de salud, los primeros profesionales que atienden a los usuarios tienen tiempos más cortos para entrar en contacto con las personas adultas mayores. No obstante, entre profesionales tales como médicos, enfermeras, nutriólogos, psicólogos y trabajadores sociales, quienes podrían trabajar de manera conjunta en la atención de los casos de violencia, las diferencias en las formas de atención y en los mecanismos utilizados sugieren poca conexión entre dichas áreas.

### **V.2.1 ¿Qué pasa con la atención de la violencia?**

En teoría la atención de los casos de violencia hacia las personas adultas mayores se realiza de múltiples formas las cuales no dependen de la propia situación, ocasionando que prevalezca, en el mejor de los casos, las intervenciones personales más que las institucionales. En la práctica este procedimiento ocurre con distintas variaciones y presenta inconvenientes que llegan a impedir que concluya en una atención oportuna y adecuada, e incluso, que la violencia sea detectada.

---

<sup>291</sup> Entrevista D-PS-01-23-10-14.

La atención de la violencia comienza por su detección y al no existir un procedimiento claro y reconocido por todos los profesionales, priva lo personal sobre lo institucional. Es decir, la detección y posible atención difieren entre cada profesional y tienen mucho que ver con su propia perspectiva del problema, de su labor social y de su compromiso con sus pacientes. Esta situación da como resultado que los procedimientos varíen de forma significativa; es decir, en algunos casos, los profesionales realizan intervenciones personales, tales como hablar con la persona adulta mayor o con los miembros de la familia,<sup>292</sup> y tratar de “llegar a un acuerdo” con ellos para que realicen cambios en aspectos que inciden en las condiciones de vida de la persona adulta mayor.<sup>293</sup> No obstante, en otras ocasiones, no emprenden ninguna acción (es decir, no intervienen de manera personal ni tampoco solicitan la colaboración de un profesional de trabajo social).<sup>294</sup>

Sin embargo, es común que el procedimiento establecido pase a un segundo plano, porque el profesional prefiere intervenir por su cuenta en la situación de violencia hablando con el paciente adulto mayor o con su familiar. Esta vía demuestra cierta desconfianza en los mecanismos de atención de la violencia que ofrecen los propios centros de salud y en la intervención que pueden hacer otros profesionales como psicólogos o trabajadores sociales. Al respecto, una de las enfermeras entrevistadas comentó:

Entrevistadora: ¿Entonces, en esos casos, usted prefiere abordarlo de manera personal que derivar a la persona a un psicólogo o a una trabajadora social?

Enfermera: Si, porque yo no sé el psicólogo, si sí es un buen psicólogo se va a poner las pilas y dice voy a trabajar con este adulto mayor y lo voy a sacar de esta depresión, pero si es una persona que le vale, o sea, les ponen alternativas de solución que ya no van, por ejemplo, yo cómo le voy a decir, si sé que es un adulto mayor que no tiene dinero, cómo le voy a decir, váyase todos los días al cine, distráigase viendo una película, o cómprese, ellos no tienen ya a veces nada, no tienen ni radio ni televisión propios de ellos...<sup>295</sup>

---

<sup>292</sup> Entrevistas L-PS-02-21-10-14, L-PS-04-23-10-14 y L-PS-05-18-11-14.

<sup>293</sup> Entrevista L-PS-14-20-01-15.

<sup>294</sup> Notas de campo L-AM-18-07-11-14. Esta situación fue observada con más frecuencia en las visitas domiciliarias realizadas en la delegación Iztapalapa.

<sup>295</sup> Entrevista L-PS-02-21-10-14.

La primera atención que se da a las situaciones de violencia es la intervención del propio profesional durante la consulta; ésta, en ocasiones, sólo consiste en escuchar y aconsejar al paciente adulto mayor que sufre la violencia. En este sentido, la respuesta del centro de salud a estos casos resulta muy subjetiva porque depende del tiempo de consulta, de la atención que cada profesional dedique y de su empatía con la situación de violencia y con la persona que la relata. De allí la importancia de que los profesionales cuenten con tiempos adecuados para atender a sus pacientes; en este sentido, es de subrayar que los tiempos establecidos para la consulta son de 20 minutos, los cuales se alargan a 40 en el caso de los profesionales a cargo de la atención de enfermedades crónico-degenerativas. No obstante, en uno de los centros visitados, el profesional a cargo de esta especialidad afirmó que, desde la dirección del centro, había recibido la instrucción de ajustar sus tiempos de atención a 20 minutos.<sup>296</sup> Sobre la atención a la violencia durante la consulta, uno de los médicos de atención a enfermos crónicos relató:

Entrevistadora: y me podría contar, en casos de sospecha de que un adulto mayor está sufriendo violencia en el hogar, ¿usted qué hace, usted cómo atiende o atendería un caso de ese tipo?

Médico: Pues aquí la cuestión es de que los escuchamos, en primer lugar y le decimos por qué hace eso, por qué se deja hacer eso, aquí se supone que *eso lo debemos pasar a trabajo social*, para que trabajo social le hiciera una visita a eso, por qué está pasando eso, entonces cuando de veras vemos problemas así fuertes se los pasamos a trabajo social, y ellas son las que se encargan, o el doctor que se encarga de hacer las visitas, se los pasamos, nosotros no vamos, lo único que hacemos nosotros es pasarlo a la persona que corresponde hacer las visitas diciéndole mire, hay cierto tipo de violencia por esto y por esto, sentimos que hay esto, la señora no nos dice que la golpean pero pasa esto y esto, entonces nosotros aquí lo único que hacemos es escucharlos y darles nuestra opinión, “oiga no se deje”, o “haga esto”, “ah, no porque son mis hijos”, “ay no por esto”, entonces lo que optamos es decirle a trabajo social, “¿sabe qué?, una visita”, es lo que hacemos nosotros en ese sentido, no hacemos otra cosa.<sup>297</sup>

De acuerdo con buena parte de los entrevistados, el área de trabajo social es un eslabón clave en la cadena de atención a la violencia, así como la instancia más importante en la atención de estos casos. En este sentido, una de las enfermeras entrevistadas, perteneciente al programa de atención de enfermos crónicos, señaló

---

<sup>296</sup> Entrevista L-PS-11-01-12-14.

<sup>297</sup> Entrevista N-PS-04-23-10-14, encargado de atención a enfermos crónicos.



que “se supone que a trabajo social es el que le compete esa área [la atención a la violencia] y ellos tienen que orientarlos, con quién tienen que acudir y a dónde tienen que acudir y demás”.<sup>298</sup> De esta manera, los ejemplos citados sugieren una desvinculación entre la atención a la salud física y su dimensión psicológica y social.

### **V.2.2 Instrumentos para la detección de la violencia: conocimiento y desconocimiento en la práctica**

En el proceso de atención, pareciera ser que una de las tareas más agobiantes tiene que ver con el llenado de diversos formularios para la conformación del expediente clínico de un paciente. En esta gran diversidad de instrumentos se encuentra el cuestionario de “caídas, accidentes y violencia”.

Una de las profesionales afirmó que los médicos de su centro de salud cuentan con herramientas tales como la encuesta de violencia de género para identificar este tipo de situaciones. No obstante, la entrevistada es una trabajadora social, y llama la atención que los médicos consultados en su centro de salud no hicieron referencia al uso de esta misma herramienta.<sup>299</sup> Esto sugiere que dichos instrumentos se conocen en teoría y en algunos casos, pero en la práctica su uso es limitado.

Cuando un caso es remitido a trabajo social, allí se deben programar visitas para observar de primera mano la situación de la persona adulta mayor en su hogar. Uno de los profesionales de dicha área, comentó que en esta etapa se hace uso de herramientas para detectar prácticas de violencia:

*Se les hace un tamiz de adulto mayor, el concepto de violencia nosotros lo manejamos en general, no nada más en adulto mayor, se maneja en general. Entonces se hace un tamiz, dependiendo de lo que salga en el tamizaje se refiere a la institución correspondiente [...], no estamos como para emitir un juicio, un concepto, sino que tenemos que observar, tenemos que ver que realmente sea así, porque una cosa es lo que diga el adulto mayor y otra cosa es lo que se demuestra. Entonces tenemos que estar en la observación de todos los puntos, no podemos referir todo, todo a violencia, sino que hay que ser selectivos, hay que indagar, revisar el caso. No podemos decir, porque el adulto mayor me refiere esa*

---

<sup>298</sup> Entrevista L-PS-13-01-12-14.

<sup>299</sup> Entrevista L-PS-10-01-12-14.

situación sea real. Yo no digo que no le voy a quitar la palabra de lo que me diga, pero también hay que observarlo, tampoco voy a gastar un día para poder observarlo, pero tenemos un inicio [...].<sup>300</sup>

Con respecto a las herramientas para identificar la violencia, otra de las profesionales consultadas, perteneciente al área de trabajo social, contó que

En caso de sospecha, nosotros manejamos un manual donde nos van dirigiendo por cada uno de los tipos de violencia, psicológica, económica, de abandono y te van marcando algunas situaciones, ya ahí lo tendrías que pasar a consulta, el médico revisarlo, valorarlo y enviarlo a segundo nivel para atención, hay una cédula que se maneja para violencia de género y ahí se va tipificando cuál es el tipo de violencia que sufre, si es así los médicos y el director deciden enviarlo o dar aviso al Ministerio Público para que se haga la investigación pertinente y nosotros hacer la visita domiciliaria para tener mayor conocimiento de la situación, siempre y cuando el paciente como tal quiera denunciar...<sup>301</sup>

Los manuales a los cuales se refiere la profesional son enviados por la Secretaría de Salud, desde la Dirección General de Servicios de Salud. El material “viene con artículos de la constitución, normas oficiales, todo está documentado en el manual de procedimientos, es una guía con respecto a la atención en violencia en el adulto mayor, y también hay uno para la violencia en menores”.<sup>302</sup> En este caso, aunque la profesional demostró un conocimiento de herramientas y procedimientos para la atención de la violencia, comentó que no ha conocido casos que afecten directamente a personas adultas mayores. Por tanto, su conocimiento parece ser más teórico que práctico.

Otro de los profesionales consultados, del área de psicología, comentó que ha recibido dichos manuales por parte de la jurisdicción y que los utiliza para trabajar con los mismos pacientes: “Yo les proporciono información que tengo de los manuales para que ellos mismos se den cuenta que lo que les pasa no está bien, yo les saco copia y se los doy les digo que se los lean [...]. Es más, uno se lo presté apenas a una pareja de viejitos”.<sup>303</sup> No obstante, el conocimiento de estos materiales, así como su uso

---

<sup>300</sup> Entrevista L-PS-07-19-11-14. Las cursivas son nuestras.

<sup>301</sup> Entrevista L-PS-10-01-12-14.

<sup>302</sup> Entrevista L-PS-10-01-12-14.

<sup>303</sup> Entrevista D-PS-02-23-10-14.

frecuente, no fueron hallazgos comunes durante el trabajo de campo realizado en los centros de salud.

### **V.2.3 La sospecha y los métodos intuitivos para la detección de la violencia**

Tanto en los centros de salud como en las visitas domiciliarias, los métodos para detectar la posible existencia de violencia son intuitivos y se basan en observaciones a la persona adulta mayor, así como de su entorno (cuando el profesional puede acceder a éste). Aspectos como la higiene (notar que la persona adulta mayor no se baña o tiene un olor desagradable, encontrar su entorno en un estado crítico de desaseo o acumulación), el hacinamiento en el hogar o la carencia de un lugar digno para la vida diaria, la falta de compañía al acudir a las citas médicas, el poco apego a los tratamientos y a las consultas médicas y algunas alteraciones nerviosas (llanto, nervios excesivos, ira), fueron identificadas como las principales señales de alerta.<sup>304</sup> Con respecto a estos métodos, uno de los profesionales de visitas domiciliarias explicó que “se ven muy sencillos y hasta caeríamos en lo absurdo, pero son buenas herramientas”.<sup>305</sup> Varios de los entrevistados, tanto quienes trabajan en los centros de salud, como quienes acuden a las viviendas de las personas adultas mayores, señalaron la importancia de considerar estos aspectos como síntomas de alarma.

Por otra parte, de los testimonios de los profesionales consultados se deriva el hecho de que la atención a la violencia no se realiza de manera diferencial de acuerdo con el grupo de edad, lo cual puede afectar los métodos de detección y sesgar su aplicación. En otras palabras, la violencia se aborda de una manera general y, en algunos casos, los instrumentos que existen para un grupo (por ejemplo, la encuesta de violencia de género aplicable a mujeres) se adaptan para los demás, lo cual puede contribuir a que no se detecte adecuadamente y además se pasen por alto ciertas particularidades psicológicas, físicas y sociales de quienes sufren la violencia. De esta manera, el hecho de que no haya mecanismos específicos para la detección de esta problemática

---

<sup>304</sup> Entrevistas L-PS-07-19-11-14, L-PS-13-01-12-14, L-PS-04-23-10-14, L-PS-09-20-11-14, L-PS-11-01-12-14.

<sup>305</sup> Entrevista L-PS-07-19-11-14.

en las personas adultas mayores puede hacer que ciertas conductas o situaciones relacionadas con el envejecimiento sean incomprendidas, omitidas o catalogadas como manifestaciones de deterioro cognitivo.<sup>306</sup> Al respecto, una de las trabajadoras sociales consultadas en los centros de salud comentó que no se puede profundizar en el servicio hacia un sector de la población, cuando el sistema presenta una gran demanda por atender a usuarios muy diversos:

[...] Como atendemos a población abierta no nos podemos enfocar solamente en adultos mayores, o sea, las necesidades de toda la población, atendemos desde embarazadas, niños, adultos, adultos mayores, personas discapacitadas, y se ha tratado de adaptar el servicio y el inmueble para poderle dar cabida a todos, *no se puede adaptar solamente para un solo programa porque atendemos a toda la población, entonces no podemos especializarnos en el centro de salud para adulto mayor* cuando tenemos lugares específicos como hospitales, en especial el Pediátrico de La Villa, tiene un área especial para geriatría, no es cierto, Pediátrico de Aragón, tiene especialidad en geriatría.

Entrevistadora: ¿Existen dificultades al trabajar con adultos mayores en relación con otros grupos?

Trabajadora social: Te vuelvo a repetir, no como tal, tratamos de adaptar las necesidades de ellos al servicio que nosotros prestamos.<sup>307</sup>

Uno de los médicos responsables de la atención a pacientes crónicos opinó que dicho procedimiento de atención no es el adecuado y que los casos de violencia deberían manejarse

Primero tipificando grupos, en este caso, no es por segregación, ni edad por el estilo, sino para darle a cada quien la atención adecuada, no es lo mismo hablar con un niño, no es lo mismo hablar con un adolescente que con un adulto mayor, no es lo mismo, tiene que ser una persona capacitada para cada grupo, yo creo que solamente así se podría dar un manejo adecuado y obviamente hacer estrategias, un programa específico, porque yo que recuerde si los ha habido, pero no creo que tengan tanto impacto [...].<sup>308</sup>

A pesar de que se considera que los servicios se deben adaptar a las necesidades de las personas adultas mayores -situación que es la más apropiada-, lo que se logra observar es que las personas mayores más bien deben adaptarse a los servicios que prestan estos centros de salud, debido a la gran diversidad de población que atienden.

---

<sup>306</sup> Entrevistas L-PS-15-10-12-14 y L-PS-01-06-10-14.

<sup>307</sup> Entrevista L-PS-10-01-12-14.

<sup>308</sup> Entrevista L-PS-11-01-12-14. Ver también Entrevista L-PS-06-18-11-14.

En suma, las formas de proceder en estos casos son personales y dependen de la actitud, las ideas y las percepciones de cada profesional de la salud. Las vías y procedimientos para reportar estas situaciones e involucrar a profesionales de otras áreas sólo son usados en casos extremos que casi siempre tienen que ver con situaciones de abandono de la persona adulta mayor; según comentaron varios de los entrevistados, esta es la forma de violencia más recurrente en su cotidianidad en los centros de salud.<sup>309</sup>

Una hipótesis es que aunque en teoría los profesionales saben que el abandono debe ser considerado como una forma de violencia, en la práctica hacen una jerarquización de las conductas según su mayor o menor agresión y le restan importancia al abandono por considerarlo algo normal tanto de la vejez como en los contextos sociales en los cuales trabajan. Incluso, se han acostumbrado a éste, lo cual habla acerca de la naturalización de la violencia, a la cual se aludió en el capítulo IV sobre las percepciones. Así, aunque al entrevistarlos, los profesionales sí identifiquen esta situación como violenta, en su práctica no consideran que amerite solicitar la intervención de trabajo social o reportarse a otra instancia.

#### **V.2.4 La canalización de la persona adulta mayor en situación de violencia en los centros de salud**

Llama la atención que, aunque los entrevistados afirman que la violencia hacia la persona adulta mayor es una problemática frecuente, en general son muy pocos los casos en los cuales han solicitado la intervención de otra instancia del centro de salud —por ejemplo trabajo social, psicología, la dirección del centro— o la jurisdicción, para reportar una situación de este tipo. Fueron aún más escasas las situaciones en las cuales el profesional entrevistado afirmó haber remitido algún caso de violencia contra una persona adulta mayor a una instancia externa, tal como el Ministerio Público, u otra institución a cargo de prestar servicios sociales. En este sentido, una de las

---

<sup>309</sup> Entrevistas L-PS-01-06-10-14, L-PS-06-18-11-14.

profesionales entrevistadas afirmó que “No hay [...] realmente un procedimiento que diga qué se tiene que hacer y hay veces que no los seguimos”.<sup>310</sup>

En varios casos, los profesionales comentaron que tienen algún conocimiento del procedimiento formal que se debe realizar en este tipo de situaciones y pudieron describirlo. Sin embargo, aseguran nunca haberlo puesto en práctica a pesar de que reconocen que la violencia es un problema frecuente. De esta manera, el uso de formatos, cédulas, tamices o manuales para identificar la violencia es poco frecuente y este proceso suele basarse en observaciones intuitivas que realiza el profesional durante su atención.

En general, son muy reducidos los casos que trascienden a otras instancias; por ejemplo, uno de los médicos entrevistados, de atención a enfermos crónicos, dijo haber remitido máximo 3 casos en lo que iba corrido del año 2014.<sup>311</sup> Una de las médicas de esta misma área afirmó que cree que durante los últimos 3 o 4 años, ha remitido aproximadamente 5 casos a trabajo social.<sup>312</sup> Por su parte, el nutriólogo consultado contó que cree haber enviado a trabajo social dos o tres casos en el curso de cuatro años.<sup>313</sup> En apariencia, existe un gran subregistro de la violencia de personas adultas mayores y los discursos al respecto son ambivalentes; así, si bien los profesionales reconocen que la violencia hacia este grupo de edad es un problema común, al preguntarles sobre su experiencia en el proceso de atención, aseguran no haber recurrido a canales institucionales o, en otros casos, señalan que nunca han recibido pacientes con estas características.

De acuerdo con varios de los entrevistados, el primer procedimiento realizado ante la sospecha de violencia hacia una persona adulta mayor es dialogar con el paciente y, en caso de ser posible, con su familiar o cuidador.<sup>314</sup> Esta es la principal intervención

---

<sup>310</sup> Médico responsable del programa de ADPV del centro de salud Dr. Gabriel Millán, de la delegación Iztacalco. Entrevista L-PS-01-06-11-14.

<sup>311</sup> Entrevista L-PS-04-23-10-14, encargado de atención a enfermos crónicos.

<sup>312</sup> Entrevista L-PS-06-18-11-14.

<sup>313</sup> Entrevista L-PS-12-02-12-14.

<sup>314</sup> Entrevistas L-PS-01-06-10-14, L-PS-02-21-10-14, L-PS-04-23-10-14 y L-PS-05-18-11-14.

que los profesionales llevan a cabo; no obstante, según comentaron, cuando no logran incidir en la situación o no perciben ningún cambio positivo, recurren a otras instancias, en especial trabajo social. De todas maneras, según contaron varios de los consultados, un requisito para tomar acciones es que la propia persona adulta mayor esté de acuerdo, lo cual plantea una de las principales barreras en la atención oportuna de la violencia.<sup>315</sup>

Cuando un caso de violencia es reportado a trabajo social, el paso correspondiente es la visita por parte de los profesionales de esta área. De acuerdo con una de las trabajadoras sociales consultadas, aproximadamente una semana después de un reporte

[...] Vamos nosotros a hacer un seguimiento de salud con respecto al paciente, ya con los datos, la dirección del paciente y con el dato de violencia al adulto mayor, en el caso nosotros hacemos visitas de todo tipo, de adulto mayor, de displasias, hipertensión, diabetes, cáncer cérvico-uterino, IRA's, ERA's, tenemos visitas domiciliarias para diferentes temas y diferentes áreas, entonces todo depende de lo que se haya notificado.<sup>316</sup>

No obstante, cuando se le preguntó a la entrevistada si debe salir muy a menudo a realizar este trabajo en la comunidad, respondió: “No. Todo depende de la carga de trabajo, pero de que se hacen visitas a domicilio por los diferentes programas, sí se hacen visitas a domicilio”. Al indagar en esta cuestión, la profesional comentó que en su centro de salud hay tres trabajadoras sociales y que ninguna está a cargo de salir a atender los casos a domicilio, pues esta labor les compete a todas. La entrevistada comentó que la poca frecuencia con la que sale se explica “porque llevamos un calendario de actividades, hay algunos días en que mi jefa se tiene que ir, hay otras ocasiones en que las diferentes compañeras, dependiendo de los días en los que tenemos programadas las salidas de visitas domiciliarias”.<sup>317</sup> Su testimonio indica que, aunque estos procedimientos parecen estar normados, en la práctica pocas veces se recurre a ellos.

---

<sup>315</sup> Entrevistas L-PS-11-01-12-14 y L-PS-10-01-12-14.

<sup>316</sup> Entrevista L-PS-10-01-12-14.

<sup>317</sup> Entrevista L-PS-10-01-12-14.

Por otro lado, fue menos común que los profesionales entrevistados contaran que se apoyan en los servicios de psicología para tratar una situación de violencia. Uno de los médicos generales comentó que, aunque sí considera que la canalización de pacientes adultos mayores a psicología y a psiquiatría es frecuente, “el problema es que los pacientes son renuentes, no acuden a sus citas con el psicólogo ni con el psiquiatra, abandonan los tratamientos y pues esto es un círculo vicioso, sigue el problema porque ellos no quieren, algunos si quieren pero qué te diré, la mitad de los pacientes dejan de venir”. Según este profesional, “las demandas de tipo legal que se canalizan con trabajo social, esas sí son las menos, sí te diré que habrá una en un mes, esas no son muy frecuentes, pero para canalizarlas al servicio de psicología o por problemas pues psicológicos o de depresión, esos sí son seguidos”.<sup>318</sup>

### **V.2.5 La canalización en el programa de ADPV, ¿intervenir o remitir?**

Los profesionales que más se enfrentan a situaciones de pacientes adultos mayores que viven violencia, son los del programa de ADPV, ellos comentaron que utilizan estrategias prácticas e intuitivas para detectar y abordar la violencia. Esto sugiere que pueden existir problemas a la hora de aplicar herramientas como tamices, formatos y cédulas en la práctica. Como en el caso de los profesionales que trabajan en el centro de salud, algunos consideraron que la primera intervención que debe realizarse es el diálogo con la persona adulta mayor y con sus parientes. Para una de las médicas del programa de ADPV, en este paso es importante “llegar a un acuerdo” con los familiares responsables de la situación de violencia u omisión.<sup>319</sup>

Los casos más críticos de violencia hacia las personas adultas mayores son reportados a trabajo social, cuyos profesionales deben realizar visitas a los domicilios, aunque dicha estrategia no siempre resulta exitosa, en la medida en que a veces no genera cambios en la dinámica familiar,<sup>320</sup> o en que el propio trabajador social puede encontrar situaciones que contradicen la existencia de violencia hacia una persona

---

<sup>318</sup> Entrevista L-PS-05-18-11-14.

<sup>319</sup> Entrevista L-PS-14-20-01-15.

<sup>320</sup> Entrevista L-PS-14-20-01-15.



adulta mayor.<sup>321</sup> En otros casos, se observó que el procedimiento consistía en elaborar un oficio dirigido a la jurisdicción, con el fin de poner en conocimiento una situación de violencia y solicitar asistencia social.<sup>322</sup> Dada la carencia de profesionales que puedan brindar atención psicológica o social a los pacientes, algunos de los profesionales del programa de ADPV han tenido que idear estrategias para cubrir dicha demanda. Un ejemplo de ello es el de las profesionales del centro de salud Dr. Rafael Ramírez Suárez, de la delegación Gustavo A. Madero. La médica encargada del programa contó que, en teoría, puede solicitar el apoyo de profesionales pertenecientes a la “parte central, que es donde se maneja el programa”; sin embargo, “si estamos hablando que somos muchos compañeros y parece ser que hay dos psicólogos, pues yo no sé cuándo nos tocaría”. Por tanto, la médica y la enfermera realizaron otras gestiones para poder atender la demanda de servicios de psicología y trabajo social en la zona atendida:

[...] No sé si escuchaste que había una monjita que era psicóloga y ella sí aceptó salir [...] Te digo que nos bajaron a Trabajo Social [...], entonces estaba ahí la monjita, y le dijo Gris un día, estaba ahí y le preguntó qué hacía, ella dijo que era psicóloga, y le dijo que qué hacía y dijo que iba a dar pláticas de sexualidad, entonces Gris le comentó que veíamos pacientes, y que pues la verdad muchos necesitaban ayuda psicológica y le dijo que si nos podía ayudar, entonces quedó en que le iba a preguntar al director [...], y un día ya le preguntó Gris y le dijo que sí, que le había preguntado al director y que le dijo que sí, que si quería podía ir porque eran vacaciones y no había ninguna actividad con niños, entonces estaba sentada en trabajo social, leyendo porque no había nada que hacer, entonces aceptó y nos ayudó de alguna forma con algunos pacientes.<sup>323</sup>

La entrevistada contó que la religiosa estuvo viendo a cuatro pacientes del programa de ADPV. No obstante, su intervención fue temporal debido a que sólo estaría en el centro de salud realizando un servicio social hasta el mes de diciembre de 2014. Pese a ello, la profesional consultada calificó su intervención como algo positivo. Por ejemplo, “una señora que ya no se quiere mover, doña Laura, ya por lo menos mueve la mano porque ya de plano se quería quedar así”.<sup>324</sup>

---

<sup>321</sup> Entrevista L-PS-15-10-12-14.

<sup>322</sup> Notas de campo L-FC-06-20-10-14.

<sup>323</sup> Entrevista L-PS-14-20-01-15.

<sup>324</sup> Entrevista L-PS-14-20-01-15. El testimonio de la adulta mayor, que da cuenta de la situación narrada por la profesional, fue recolectado en la entrevista L-AM-26-26-11-14.

En el caso del equipo de ADPV del centro de salud Dr. Guillermo Román Carrillo, de la delegación Iztapalapa, las profesionales solicitan a la psicóloga o al trabajador social asignado por la jurisdicción que visiten los casos que consideran más urgentes. Por ejemplo, la psicóloga explicó que es la única profesional de esta área dentro de la jurisdicción de Iztapalapa y “mi función es acudir a toda la delegación [...] donde me solicite el medico visitador, para poder acompañarlo y realizar la atención psicológica”. Según explicó, esta delegación tiene seis médicos visitantes, con quienes debe coordinar dichas visitas. De esta manera, la atención de psicología y trabajo social en los domicilios atendidos por las profesionales del programa de ADPV, se realiza cuando ellas lo solicitan. Por tanto, si las personas adultas mayores que sufren violencia en sus hogares no están recibiendo dicha atención,<sup>325</sup> se debe en parte a que el equipo de ADPV no les remite estos casos; no obstante, hay que aclarar que existen grandes carencias estructurales que también dificultan dicha atención. La omisión de estas situaciones puede ocurrir porque las profesionales no estiman pertinente la intervención de otros servicios, porque no consideran que ciertas situaciones (tales como el abandono, las amenazas, las agresiones verbales o el aislamiento) sean violentas y por tanto no indagan en ellas o porque no visitan los domicilios de manera constante ni conocen a fondo las situaciones familiares que se presentan en ellos. Un ejemplo que evidencia tal situación es el caso de una adulta mayor de 78 años, beneficiaria del programa, quien había tenido intentos suicidas un mes previo a la entrevista.<sup>326</sup> Al indagar con las profesionales se encontró un desconocimiento total de la situación y comentaron que no habían asistido a este domicilio hace más de un par de meses.<sup>327</sup>

Por otra parte, la asistencia de los profesionales de trabajo social y psicología no garantiza que se realice una atención *in situ*. Es decir, aunque uno de estos profesionales acuda a una vivienda donde se reportó un caso de violencia, no

---

<sup>325</sup> Esta situación se evidenció en casos como los de las entrevistas L-AM-14-04-11-14, L-AM-18-07-11-14 y L-FC-04-03-11-14.

<sup>326</sup> Esta situación fue narrada por la cuidadora en la entrevista L-FC-04-03-11-14

<sup>327</sup> Notas de campo del día 04-11-14.

necesariamente brinda una atención personalizada y a domicilio a la persona adulta mayor o su cuidador, e incluso, llegan a recomendarles que acudan al centro de salud a solicitar citas u orientación.<sup>328</sup> Los profesionales del programa explicaron que, en este caso, las visitas de la psicóloga y el trabajador social de la jurisdicción pueden tardar tres meses en repetirse, por lo cual no es posible llevar a cabo un “proceso terapéutico”. De acuerdo con la psicóloga, su labor consiste en brindar *psicoeducación*, es decir, trabajar con pacientes y cuidadores para concientizarlos en torno a la comprensión de los padecimientos de la persona adulta mayor, motivar el apego a los tratamientos y generar estrategias para la creación de redes de apoyo.<sup>329</sup> Aunque su contribución a las familias de las personas adultas mayores resulta muy valiosa, valdría la pena evaluar la efectividad de una intervención tan poco frecuente, no con el ánimo de eliminarla sino, por el contrario, de fortalecerla.

#### **V.2.6 La institución y la salud como práctica fragmentadora**

Una muestra de la fragmentación de las instituciones de salud, así como del conocimiento y atención a la violencia, es la idea de que dicha labor le corresponde a otra área. No obstante, tampoco hay unanimidad sobre qué área es la encargada de dar respuesta a la necesidad de atender los casos de violencia hacia las personas adultas mayores. Si bien varios profesionales señalaron que trabajo social es fundamental en la cadena de atención a estas situaciones, en algunos casos los propios trabajadores sociales se deslindaron de su responsabilidad al respecto y señalaron que, o no les corresponde este trabajo, o no cuentan con las herramientas necesarias para realizar una intervención significativa en un caso de violencia hacia una persona adulta mayor. Uno de los entrevistados de esta área afirmó que “la misma institución nos dice: ‘tu trabajo nada más es el área de salud’, o sea tampoco podemos intervenir más allá”. “Nosotros, vuelvo a repetir, somos una institución de salud, lo que nos interesa más es su estado de salud y de ahí ver sus necesidades sociales”.<sup>330</sup> Al respecto, el mismo profesional agregó que

---

<sup>328</sup> Notas de campo L-AM-14-04-11-14.

<sup>329</sup> Entrevista L-PS-08-20-11-14.

<sup>330</sup> Entrevista L-PS-07-19-11-14.

[...] Yo de la salud, no puedo salirme de esa esfera, porque si no yo estaría poniéndome en riesgo, mi trabajo y también a la institución, también somos limitantes. O sea, por ejemplo aquí, nosotros no tenemos apoyo jurídico para los pacientes, solo para el personal, pero otro tipo de situación jurídica, más laboral. Por eso se derivan a las diversas instituciones [...]. Hay una ley de servidores públicos [...]. O sea nosotros estamos obligados a intervenir, sí estamos obligados, tan es así que si hacemos las intervenciones, pero también estamos limitados en esas situaciones.<sup>331</sup>

De acuerdo con este profesional, sus funciones son derivar a los pacientes a distintas instituciones donde pueden obtener una atención más adecuada de acuerdo con su situación personal, contribuir a la formación de redes sociales y de apoyo y brindar la información necesaria a los pacientes sobre las instancias a las cuales pueden recurrir.<sup>332</sup>

También al respecto, una de las profesionales del programa de ADPV explicó que en su centro de salud no se logró una participación oportuna por parte de los trabajadores sociales en los casos de violencia, aunque no pudo especificar las razones. La entrevistada, enfermera de dicho programa, comentó que, dada la recurrencia de casos de violencia hacia las personas adultas mayores, el equipo decidió realizar un listado con los pacientes más críticos y remitirlo al jefe de trabajo social para que llevara a cabo las visitas pertinentes. Sin embargo, “les volvíamos a preguntar qué pasó y ‘no, es que no hemos podido ir’, entonces como que ya no fueron a todos y también hay una indiferencia en eso, entonces nos cansamos de preguntar, buscamos redes de apoyo en otro lado”.<sup>333</sup>

De todas maneras, los profesionales también identificaron la existencia de miedos y prevenciones por parte de los pacientes para recurrir a instancias de psicología y asistencia social. Como se mostrará más adelante, este fue uno de los obstáculos que hallaron en el proceso de atención oportuna de la violencia. Uno de los médicos entrevistados comentó que, para que sus pacientes acudan a estos servicios, los lleva

---

<sup>331</sup> Entrevista L-PS-07-19-11-14.

<sup>332</sup> Entrevista L-PS-07-19-11-14.

<sup>333</sup> Entrevista L-PS-15-10-12-14.

directamente al consultorio del profesional a cargo; sin embargo, según afirmó, es frecuente que sus pacientes estén reacios a continuar con este tipo de tratamientos y que los abandonen. En este sentido, los problemas de falta de apego no sólo tienen que ver con los tratamientos que implican la toma de medicamentos, sino también con los que se refieren a la dimensión psicológica y social. El médico consultado comentó que, cuando vuelve a atender a un paciente remitido a psicología, él recibe la historia clínica que diligencian los profesionales de ésta área y hace seguimiento de su asistencia. En ocasiones llama la atención a sus pacientes porque no asisten a estos servicios, a lo que ha obtenido como respuesta

[...] “ay sí doctor, no voy a venir” y ya empieza, “es que me trata mal, me grita, se ríe...”

Entrevistadora: ¿Quién, el psicólogo?

Médico: Pues eso dicen las pacientes, que las tratan mal, que les hablan muy fuerte, digo, es que muchas veces es parte del tratamiento, que el psicólogo les haga entender, les haga ver su problemática que tienen ustedes, entonces no las pueden estar apapachando, para apapachos mejor váyase con el cura o a ver a dónde, pero aquí les van a hablar para que ustedes se den cuenta de la situación en la que están [...].<sup>334</sup>

El testimonio de este médico pone de manifiesto la posibilidad de que ciertas prácticas de violencia se naturalicen en el quehacer de los profesionales de la salud, y sean vistas como aceptables o merecidas por los pacientes que reciben atención psicológica y psiquiátrica. Esta perspectiva puede tener relación con la idea de que las personas adultas mayores son causantes de sus propias situaciones de violencia, lo cual dificulta su atención. Al respecto, una de las profesionales de atención domiciliaria consultadas durante el estudio, desde una visión generalizadora, señaló que las personas adultas mayores han promovido el maltrato que sufren, debido a que “son generadores de mucha mucha violencia, gente que tomó mucho mucho en la juventud, es gente que es sumamente violenta”.<sup>335</sup>

Entre algunos profesionales también tuvo lugar el argumento de que la atención a los casos de violencia es responsabilidad de otras áreas. Por ejemplo, en uno de los centros de salud, se mencionó que algunas situaciones de violencia contra las

---

<sup>334</sup> Entrevista L-PS-05-18-11-14.

<sup>335</sup> Entrevista L-PS-01-06-11-14.

personas adultas mayores llegaban a ser reportadas ante el gestor de calidad de la institución. No obstante, al entrevistar a dicho funcionario, quien tiene formación en medicina, respondió

[...] yo sé de alguno [algún caso de violencia], *pero a mí ya no me compete*, ni es el área de intervención en ese aspecto, cuando hay algo de eso, igual porque me han comentado que hay un paciente o fueron a visitar a alguien que está en X o Y condición o demás, y la recomendación que se les da es que acudan a las instancias pertinentes, nosotros como institución de salud, pues no podemos, o a menos que se solicite la atención médica, no podemos hacer más, porque muchas veces vienen a solicitar que lo vayan a ver a alguien o algo en específico, *pero nosotros no podemos intervenir*.<sup>336</sup>

En este testimonio se reitera una concepción de salud que excluye variables socio-culturales de los pacientes. Si la salud es pensada de esta manera, tiene sentido que las acciones en torno a los casos de violencia hacia las personas adultas mayores sólo ocurran cuando las agresiones son directas y muy visibles como para dejar rastros físicos. Además, dicha intervención sólo tiene lugar en la dimensión fisiológica del paciente. Al respecto, el mismo profesional antes citado señaló que, en caso de detectar una situación de violencia psicológica contra una persona adulta mayor

[...] internamente no sucede nada, porque no tenemos esos mecanismos [de atención]. Lo que sucede es: me informan a mí y pues igual se le recomienda al personal de salud, pues que lo derive a psicología y psicología, una vez que evalúa, derive a la instancia que considere necesario, dependiendo del estatuto en el cual se encuentra el paciente, pero más allá de eso, *nosotros estamos para la atención, no para resolverle la dinámica familiar o biopsicosocial que presente el paciente*, porque no estamos facultados para hacer eso, que nosotros hagamos una denuncia o eso... No podemos, entonces simplemente uno deriva a los servicios que uno considere necesarios, dependiendo del caso al cual estemos atendiendo en ese momento.<sup>337</sup>

De acuerdo con uno de los psicólogos consultados, la atención compete al profesional que recibe el caso de violencia, pero no parece haber criterios claros en la selección de la especialidad que atenderá al paciente. Dado que el sistema funciona con base en una perspectiva fragmentada de la salud, una canalización no adecuada también

---

<sup>336</sup> Entrevista L-PS-12-21-11-14. Las cursivas son nuestras.

<sup>337</sup> Entrevista L-PS-12-21-11-14. Las cursivas son nuestras.

puede influir en la efectividad de la atención brindada. Así, según el profesional citado, las personas que sufren situaciones de violencia

Primero pasan con el médico, no entiendo yo por qué, y luego los refieren conmigo dependiendo como vengan, pero también tengo entendido que ellos también tienen la obligación de hacer todo este papeleo, es decir, si llegan conmigo yo tengo la obligación de seguir las normas oficiales, *pero si llegan con el médico, él se tiene que hacer responsable por que es su paciente, no yo*, en ocasiones sí me los han pasado y yo lo hago.<sup>338</sup>

Así, de acuerdo con el entrevistado, no son claras las razones por las cuales los pacientes con situaciones de violencia llegan primero a un médico general; no obstante, al estar en esta instancia, deja de ser su función atenderlos. Su testimonio también ejemplifica la falta de claridad entre algunos de los profesionales sobre los procedimientos de atención, así como la separación entre distintas áreas de la salud. No obstante, también refleja cierta falta de responsabilidad por parte de los médicos en cuanto a la atención de problemáticas psicosociales. El mismo profesional afirmó que algunos de los obstáculos institucionales para lograr una atención oportuna son “los deslindes de la responsabilidad, yo no me quiero hacer responsable de lo que esté pasando ahí, mejor te paso a otro lado”. En este sentido, es importante que “*el médico asuma su responsabilidad*, no hay que esperar hasta que lleguen a mí, sino asumir la responsabilidad, es decir, si llegan primero conmigo yo lo atiendo [...]. *Si todos trabajamos en una institución de salud todos debemos de estar informados, debemos tener los conocimientos para cualquier problema*”.<sup>339</sup>

La existencia de un procedimiento estandarizado para la atención de los casos de violencia hacia las personas adultas mayores puede ser visto como una forma de generar trabajo adicional. De acuerdo con uno de los entrevistados, del área de gestión de calidad, “simplemente la carga burocrática que hay que hacer, que vamos, si nosotros tuviéramos que llevar la denuncia o cualquier cosa”,<sup>340</sup> generaría un peso adicional para los profesionales de la salud. Por ello, el profesional habló del

---

<sup>338</sup> Entrevista D-PS-02-23-10-14.

<sup>339</sup> Entrevista D-PS-02-23-10-14. Las cursivas son nuestras.

<sup>340</sup> Entrevista L-PS-12-21-11-14.

[...] hartazgo de saber, si yo meto una denuncia y *el tiempo que yo voy a tener que emplear para poder darle seguimiento a esto va a ser largo*, yo que soy personal de salud y que vengo a realizar una actividad y *me voy a tener que involucrar en otros ámbitos sociales que por X o Y circunstancia me tocaron a mí en este momento*, es la pregunta que siento que se hacen muchos [...].<sup>341</sup>

Estas perspectivas, relacionadas con factores burocráticos y percepciones o conocimientos personales sobre lo que amerita ser o no considerado como violencia, podrían explicar el poco involucramiento de los profesionales en la atención de los diferentes tipos de agresiones que pueden sufrir las personas adultas mayores atendidas por los centros de salud. Sumado a la fragmentación, la práctica médica demanda cierto distanciamiento; por tanto, el profesional no es apto para intervenir o *involucrarse* en aspectos emocionales o subjetivos, los cuales competen a otras especialidades. Por ejemplo, uno de los médicos de atención a enfermos crónicos comentó que no podría saber hasta dónde estaría dispuesto a intervenir en una situación de violencia

[...] porque sería llevarlo [al adulto mayor] casi casi de la manita hasta donde tenga que ir, le voy a ser sincero, yo creo que hasta ahí no, pero lo que tenemos hasta aquí y se nos permite, hablando de atención médica, medicación, apoyo, mandarlo a donde tenga que ser, eso sí, todo lo que hasta aquí se nos permite, todo, más allá le mentiría, porque realmente *sería involucrarse mucho con el paciente y ya después uno involucrado sentimentalmente, pues ya es otra cosa, ya no somos muy objetivos, perdemos esa objetividad*.<sup>342</sup>

De acuerdo con los testimonios de los profesionales entrevistados, las diferentes instancias de los centros de salud funcionan de manera separada. Es usual entonces que los psicólogos y trabajadores sociales que trabajan en los centros de salud no estén involucrados en el proceso de atención de pacientes en sus domicilios, o que al remitir un caso a otra instancia, el profesional pierda el contacto con éste. Al preguntar a uno de los psicólogos que trabaja en los centros de salud si ha recibido pacientes del programa de ADPV, contestó que dicha práctica no se da:

[...] Para empezar por ejemplo yo no tengo conocimiento del programa [de ADPV], o sea, sé que existe, pero lo sé a partir de compartir informalmente información a través de mis

---

<sup>341</sup> Entrevista L-PS-12-21-11-14. Las cursivas son nuestras. Ver también Entrevista L-PS-08-20-11-14.

<sup>342</sup> Entrevista L-PS-11-01-12-14. Las cursivas son nuestras.



compañeros [...] la jurisdicción o la dirección no organiza un kickoff con tal fecha, este programa va empezar a correr y va impactar a los servicios, trabajo social, salud mental, salud dental, rayos X, enfermería, absolutamente no. Eso es algo que usted va a observar como una práctica cotidiana, el desmembramiento, la falta de integración de las acciones, son la mayor parte de las veces autónomas.<sup>343</sup>

Un ejemplo de dicho desmembramiento es la poca vinculación entre los profesionales que trabajan en los centros de salud y quienes realizan visitas domiciliarias. Una de las médicas que hace parte del programa de ADPV comentó que “al director se le ha invitado [a acompañar a los profesionales de este programa] y dice ‘sí, sí, ¡que se diviertan!’ , entonces no hay el interés”, lo cual deriva, según la entrevistada, en que no se le conceda la importancia necesaria a esta iniciativa.<sup>344</sup>

Más que buscar responsabilidades personales, esta situación muestra la importancia de examinar de manera general al sistema de salud y de atender sus carencias. Es probable que las opiniones expresadas por los profesionales entrevistados estén enraizadas en prácticas institucionales reproducidas incluso desde la propia formación. En este sentido, uno de los psicólogos consultados, explicó que, en la educación que reciben los profesionales de la salud, la violencia es vista como un problema social aislado de la dimensión médica:

[...] Se lo digo porque yo soy académico, revisen los programas de las universidades que forman médicos y es estrictamente anatómico-fisiológica la cultura que ellos reciben, los factores sociales, mucho menos los emocionales, son considerados como factores asociados a la salud, entonces en mi opinión es un tema de deformación, tenemos formaciones de médicos no preventivos, sino reactivos, o sea médicos que curan, no que previenen, y la atención a la salud es infinitamente más cara cuando se trata de atender y no de prevenir.<sup>345</sup>

En suma, no existe un procedimiento único de atención a la violencia y hay diferencias en torno a las acciones que se deben emprender al respecto. Las distintas instancias de los centros de salud aparecen desconectadas entre sí, lo cual dificulta asignar responsabilidades y asumir las propias. Asimismo, el desconocimiento de las vías de

---

<sup>343</sup> Entrevista L-PS-14-01-12-14.

<sup>344</sup> Entrevista L-PS-14-20-01-15.

<sup>345</sup> Entrevista L-PS-14-01-12-14.

atención dentro y fuera de los centros de salud va de la mano con la omisión de ciertas prácticas de violencia que no parecen dejar huellas físicas en sus víctimas. El procedimiento de atención a la violencia, entonces, presenta múltiples problemas. A ellos se suman diversos obstáculos identificados por los profesionales para atender situaciones de violencia hacia las personas adultas mayores.

### **V.3 Barreras para la atención de la violencia hacia las personas adultas mayores**

Los profesionales de la salud identificaron varios tipos de limitaciones para lograr una atención integral, oportuna y adecuada a los casos de violencia que afectan a las personas adultas mayores. Éstos podrían clasificarse como *factores inherentes a la persona adulta mayor*, *factores relacionados con el contexto socio-cultural y familiar del paciente* y *factores vinculados con la institución y las condiciones de trabajo*.

#### **V.3.1 Factores inherentes a la persona adulta mayor**

Como ya se ha señalado, una de las barreras a las cuales aluden los profesionales entrevistados es la poca disponibilidad de las personas adultas mayores para hablar de una situación de violencia que las afecta. En este sentido, la propia dinámica de la violencia impide que la víctima hable de manera abierta, lo cual representa enormes retos para los profesionales de la salud, más aún cuando no cuentan con equipos integrales que aporten diversos puntos de vista para la atención de una situación de violencia. En este sentido, uno de los enfermeros entrevistados señaló que “como violencia hacia el adulto mayor, lo que nosotros hemos visto pues sí es muy grande, no todo el tiempo te puedes dar cuenta porque hay veces que los tienen tan amenazados que nos dicen no, a mí me tratan muy bien, mi hija es lo mejor del universo y el estado en el que está pues te puedes dar cuenta que no es verdad”.<sup>346</sup> Otra enfermera consultada, quien cursó una especialización en geriatría (situación excepcional entre los profesionales de su área y su centro de salud) explicó que “el violentador devasta psicológicamente a la persona, entonces la reduce a nada,

---

<sup>346</sup> Entrevista L-PS-01-07-10-14. También ver Entrevista L-PS-03-24-10-14.

entonces como pues es nada le da lo mismo que hagan lo que sea con ella, [...] el adulto mayor va permitiendo [...], pues se va dejando hacer todo lo que le hacen y va aprendiendo a vivir con eso, para el adulto mayor ya no es agresión”.<sup>347</sup>

Uno de los médicos generales contó que cuando percibe una situación de violencia hacia una persona adulta mayor, le solicita al paciente que acuda acompañado al centro de salud. No obstante, señaló que no puede hacer nada más al respecto, debido a que es responsabilidad del propio paciente denunciar su experiencia de violencia y la legislación tiene canales para ello:

[...] actualmente ya está legislado de que el paciente adulto mayor puede demandar a sus familiares si no lo atienden, actualmente ya está en la ley del D.F. y eso se toma como violencia, se les dice, “señora, es que usted puede levantar una acta y acusar a sus hijos de violencia”, “ay sí doctor, pero cómo si son mis hijos”, entonces si desgraciadamente el adulto mayor no toma cartas en el asunto pues no se hace nada, aquí en nuestro ambiente laboral es muy difícil porque los pacientes no quieren ir más allá, actuar en contra de su familia porque dicen “si los demando y los mandan a la cárcel, ¿yo que voy a hacer?”, o sea, ellos están abandonados, están solos, pero todavía tienen, por lo menos ven a sus familiares aunque sea de lejitos, entonces ellos todavía no se atreven a ir más adelante para obligar a sus familiares a que los atiendan mejor.<sup>348</sup>

Buena parte de los profesionales consultados coincidió en que uno de los obstáculos para lograr una atención oportuna a los casos de violencia hacia las personas adultas mayores es su propia renuencia a denunciar a sus familiares o a hablar de manera abierta sobre el tema.<sup>349</sup> Esta situación impone, de entrada, una barrera difícil de superar. En este sentido, el principal obstáculo para atender tales situaciones es “la misma persona que no quiere hablar, no quiere [...] acusar a nadie de que es violentada”,<sup>350</sup> o que se resiste a darle continuidad a la intervención de psicología o trabajo social.<sup>351</sup> Al respecto, una de las trabajadoras sociales entrevistadas señaló que no puede tratar las situaciones de violencia sino “hasta donde el paciente me lo permita, recuerda que el respeto al derecho ajeno es la paz, eso lo decía Benito Juárez,

---

<sup>347</sup> Entrevista L-PS-02-21-10-14.

<sup>348</sup> Entrevista L-PS-05-18-11-14.

<sup>349</sup> Entrevistas L-PS-02-21-10-14, L-PS-09-20-11-14, L-PS-11-01-12-14, D-PS-02-23-10-14, D-PS-03-28-10-14, D-PS-06-10-12-14, L-PS-16-10-12-14.

<sup>350</sup> Entrevista L-PS-05-18-11-14.

<sup>351</sup> Entrevista L-PS-07-19-11-14.

yo voy a llegar hasta donde él me permita como derecho inmiscuirme en su vida, hasta que él me diga, yo no puedo hacer más hasta que él no me lo permita, mi derecho empieza donde el de él acaba y viceversa”.<sup>352</sup> En cuanto a la resistencia de las personas adultas mayores a la intervención de los profesionales, uno de los trabajadores sociales que realiza visitas domiciliarias narró su propia experiencia:

Mire, al principio yo tenía, tuve como 10 casos [de adultos mayores violentados], [...], llegaban, me platicaban, “no es que mi hijo me pega”. Hicimos la labor, fuimos a platicar, estuvimos en seguimiento de estos 10 casos, ¿cuál fue la conclusión? De los 10 casos, solo 2 tuvieron una solución y le voy a decir por qué, porque a los 10 les hice, se les propuso: “Bueno, mire, no tengo una institución donde les puedan ayudar, pero podemos buscar a dónde lo puedan llevar, para que la agresión en primera se termine, usted este más tranquilo, usted esté más en paz, si sus familiares lo quieren ir a ver que lo vayan a ver allá”; de los 10, de tajo dijeron 8: “no, yo no me salgo de mi casa, porque esa casa [...] yo la compré, el que se debe salir es mi hijo”. “Bueno, podemos hacer una situación, que usted vaya y haga una denuncia y saquen a su hijo”, de los 8 que dijeron: “No, yo no voy a sacar a mi hijo, porque será lo que sea, pero es mi hijo”. “¿Entonces va a permitir continuar con esa situación?” “Pues prefiero seguir con esta situación a quedarme sin mi hijo y a quedarme sin mi casa”. Bueno, pues la decisión ya está tomada, entonces, de 10, 8 se quedaron igual, sólo 2 pidieron el cambio. Uno sí dijo: “¿Sabe qué?, es tanta la agresión que yo recibo, que sí me voy”. Buscamos una institución, que es un asilo que está al cuidado de unas monjas en Cuernavaca y se fue allá. El otro dijo: “¿Sabe qué?, es lo único que yo tengo, vendo mi casa y con lo que yo obtenga, pues me voy para un asilo”. Pero fueron soluciones totalmente diferentes, pero el beneficio fue para el adulto, pero de 10, 8 continuaron igual y sólo 2 quisieron el cambio. Entonces muchas veces las mismas limitantes las pone el paciente.<sup>353</sup>

### **V.3.2 Factores relacionados con el contexto socio-cultural y familiar de la persona adulta mayor**

En cuanto a los factores relacionados con el contexto socio-cultural y familiar del paciente que sufre la violencia y que obstaculizan una atención adecuada de este problema, los profesionales hicieron referencia a la renuencia de los familiares a aceptar la intervención del personal de salud, a la resistencia de los mismos profesionales a involucrarse en una situación familiar, a los riesgos de seguridad que implica entrar en confrontaciones con el círculo que rodea a las personas adultas

---

<sup>352</sup> Entrevista L-PS-10-01-12-14. Ver también D-PS-02-23-10-14 y D-PS-06-10-12-14.

<sup>353</sup> Entrevista L-PS-07-19-11-14.

mayores y a la falta de redes de apoyo que faciliten el cuidado de la persona adulta mayor.

De acuerdo con varios de los entrevistados, su involucramiento debe ser medido y cuidadoso pues, de lo contrario, podría tener consecuencias negativas. Una de ellas es la respuesta hostil de familiares y cuidadores y, por tanto, las amenazas a la seguridad del personal de salud.<sup>354</sup> Al respecto, una de las médicas del programa de ADPV contó el caso de una adulta mayor que no recibía agua por parte de sus cuidadores para que no hiciera del baño. Aunque trabajo social intervino, “llegó a la conclusión de que era una cuestión familiar, que tenían que arreglar entre ellos el asunto familiar, el cuidado de la señora, y también esa señora falleció muy mal, sola, en descuido”. Sobre la vivienda, la entrevistada dijo que

[...] Luego son lugares que te digo, son riesgosos, esa familia que te estoy contando, el hijo era drogadicto, era ratero, la hija era ratera, también en qué situación te estás metiendo, muchas veces uno lo ve por los pacientes, pero también tienes que ver tus propios riesgos que tú tienes al ir ahí, o sea, no vas, tú te diste cuenta, no vamos acompañadas por un policía ni por nadie, entonces nos estamos arriesgando a que algo nos pase si nosotros tratamos de intervenir de otra forma, que realmente no sabemos tampoco cómo se interviene, no lo sabemos.<sup>355</sup>

En relación con los temores a la intervención en la esfera familiar, una de las entrevistadas afirmó que, en una situación de violencia, los profesionales no se involucran más allá de las cuestiones de salud porque “a veces no lo permite el mismo paciente o sus familiares, ¡no!, es meterse en un problemón”.<sup>356</sup> Como en el caso antes citado, varios de los entrevistados expresaron temor por las represalias físicas que pudieran tomar los familiares de una persona violentada.<sup>357</sup> Por ejemplo, uno de los trabajadores sociales que acuden a visitas domiciliarias relató que

Cuando los familiares se creen que uno lo está haciendo por molestarlo [intervenir en una situación de violencia], nos amenazan al grado de decirnos, “¿sabe qué? Si usted interviene, si usted hace algo más, yo voy por usted y con usted me desquito”, y se ven

---

<sup>354</sup> Entrevista L-PS-07-19-11-14.

<sup>355</sup> Entrevista L-PS-14-20-01-15, L-PS-15-10-12-14.

<sup>356</sup> Entrevista L-PS-01-21-10-14.

<sup>357</sup> Entrevistas L-PS-01-21-10-14 y L-PS-07-19-11-14.

agredidos. Aquí cuando uno habla de cuestiones legales, por eso hay que saberlo hacer muy bien y muy tranquilos, porque si uno empieza a hablar de cuestiones legales, la gente se prende, se intimida, pero [...] nosotros no lo hacemos con esa finalidad, lo hacemos con la finalidad de que esté consciente y que no se sorprenda si alguien más se queja, o algo más sucede, entonces ya no tendría que arreglarlo con nosotros, sino en otro órgano jurisdiccional, entonces yo no voy a declarar [...]. Hay quienes nos agreden nada más verbalmente, pero también hay quien ha querido hasta golpearnos.

Entrevistadora: ¿Eso le ha pasado?

Trabajador social: Sí, sí me ha pasado.<sup>358</sup>

De esta manera, podría parecer que existe una ambigüedad entre la obligación de intervenir en una situación de violencia y el respeto a la intimidad y a las decisiones tomadas en la esfera familiar. Sin embargo, en la práctica, dicha ambigüedad no existe, pues la vía que toman la mayor parte de los profesionales consultados es, de entrada, optar por no involucrarse más en la situación. Asimismo, es importante notar que estas respuestas hostiles son preocupantes para la seguridad de los profesionales, pero también pueden tener efectos negativos en la atención. Al respecto, algunos de los entrevistados expresaron su temor de que una intervención muy profunda o un cuestionamiento enérgico a los familiares y cuidadores pudieran entorpecer su trabajo posterior o impedir su ingreso a las viviendas y, por tanto, privarles de atender a una persona adulta mayor que necesita el servicio.<sup>359</sup>

No obstante, las razones de la imposibilidad de intervenir en situaciones de violencia no siempre fueron claras y pueden relacionarse con prevenciones o miedos de intervenir en la dinámica familiar o generar problemas adicionales a la víctima de violencia, así como, miedo a verse involucrado en cuestiones legales, institucionales y normativas. Por ejemplo, de acuerdo con uno de los médicos entrevistados, su participación en la atención de este tipo de casos se limita a remitirlos a trabajo social:

[...] no podemos intervenir más, si, se supone que ya ese es un problema ya por fuera, nunca he tenido necesidad de intervenir más que de aquí a trabajo social pero intervenir más no nos permiten, y también uno para no meterse en problemas, hasta en la puerta de trabajo social y ahí, hasta ahí es donde me puedo yo meter, y no me gustaría meterme más, aunque hay gente que sí me gustaría meterme más, pero *pues uno por problemas que vaya a tener uno con familiares legales o una cosa así*, que se ocupen trabajo social o el

---

<sup>358</sup> Entrevista L-PS-07-19-11-14.

<sup>359</sup> Entrevistas L-PS-07-19-11-14 y L-PS-15-10-12-14.

Ministerio Público, pero nosotros hasta aquí, hasta la puerta.

Entrevistadora: ¿Hay alguna [...] norma o algo que establezca que ustedes no pueden meterse más allá de eso?

Médico: Ajá, exactamente, sí hay una norma, no recuerdo qué número es y cómo es, pero sí, nuestra situación es, aquí yo hago un papel, lo paso a trabajo social, trabajo social se encarga de hacer el otro trámite que es al Ministerio--- primero hacer la visita y luego al ministerio público, algo así, pero hay una norma en que nosotros no podemos hacer más, que si encontramos un caso, sospechamos de un caso o vemos de un caso, tenemos que hacer un documento a donde está pasando esto, y hasta ahí queda nuestro--- y hacer la anotación en el expediente por si es algo legal, van a tener que venir a ver su expediente, hasta ahí nada más, está normado eso, no podemos hacer más.

E: ¿Esa norma dónde la puedo conseguir?

D: En trabajo social, o con el director.<sup>360</sup>

En cuanto a la carencia de redes de apoyo familiares, estas fueron vistas como fundamentales para el apego al tratamiento y el cuidado de la persona adulta mayor. Esta falencia implica que el cuidado se limite a un solo familiar, con consecuentes efectos de sobrecarga.<sup>361</sup> En este sentido, la familia de la persona adulta mayor también es percibida como un obstáculo para una adecuada atención, en la medida en que no contribuya con el cuidado o con el apego a los medicamentos, ni tampoco ceda en su práctica de la violencia.<sup>362</sup> Uno de los trabajadores sociales consultados, que acude a visitas domiciliarias, señaló que la “concientización familiar” es una de las principales barreras con las que se encuentra en su oficio, ya que “sus ideas, sus culturas son [tan] arraigadas, que no podemos cambiarlas de la noche a la mañana”.

[...] Ese tipo de barreras no las vas a poder tirar, ni siquiera las vas a poder brincar, y pues qué haces, hasta ahí llegaste y no puedes hacer más y de cierta manera es una violencia que se deja ver, que por parte de nosotros como trabajadores de la salud se nos da la violencia, una serie de conceptos como tal, pero para ellos no, para ellos no es violencia, porque es algo normal.<sup>363</sup>

### **V.3.3 Factores vinculados con la institución y las condiciones de trabajo**

Con respecto a los factores institucionales que se convierten en barreras a la hora de atender de manera oportuna los casos de violencia, los profesionales mencionaron

---

<sup>360</sup> Entrevista L-PS-04-23-10-14. Las cursivas son nuestras.

<sup>361</sup> Entrevistas L-PS-03-24-10-14, L-PS-09-10-11-14.

<sup>362</sup> Entrevista L-PS-06-18-11-14.

<sup>363</sup> Entrevista N-PS-07-19-11-14.

problemas como el desconocimiento de los procedimientos y las instancias a las cuales acudir en caso de tener que atender a una persona adulta mayor que sufra violencia; la alta carga de trabajo y los tiempos reducidos de atención; las condiciones de trabajo; la carencia de personal; la falta de interés por parte de los centros de salud en torno a la atención de la violencia y al programa de ADPV y las carencias estructurales del sistema. Algunos de estos aspectos, en especial lo que compete a la falta de infraestructura y el suministro de medicamentos, fueron problemáticas identificadas y reconocidas también por parte de las personas adultas mayores y los cuidadores entrevistados. De hecho, la falta de medicinas, los tiempos de espera y la misma infraestructura en los centros de salud, fueron las prácticas de violencia institucional más referida en sus testimonios.

Las discrepancias en cuanto a describir y aplicar el procedimiento de atención de la violencia hacia las personas adultas mayores podrían denotar algún desconocimiento, tanto en relación con los mecanismos de atención a esta problemática,<sup>364</sup> como con las prácticas que podrían ser consideradas como violentas. En este sentido, varios de los profesionales consultados opinaron que la falta de información es una barrera importante para poder atender de manera oportuna dichos casos.<sup>365</sup> Al respecto, el nutriólogo consultado, quien trabaja de manera frecuente en un grupo de apoyo a las personas adultas mayores, explicó:

[...] desconozco cuál sea el procedimiento, dónde se canalicen, qué se tenga que hacer, sé que si viene una mujer que ha sido agredida, sé a dónde se tiene que mandar, pero para un adulto mayor, desconozco dónde sea canalizado, aquí esta atención al adulto mayor, pero no es específico para atender esos casos, sino es para las tarjetas de ayuda económica, pero no sabemos si ellos tratan casos de violencia [...].

Entrevistadora: Usted me dice que no sabemos, ¿se refiere al personal del centro de salud o en general?

Nutriólogo: En general, quienes han ido a un curso de geriatría o taller para la atención al adulto, ahí les dan esta información, pero mientras, los que no vamos, desconocemos esto, o al menos en televisión o radio, no he visto que digan: “Esta instancia para adulto mayor, aquí se te va a brindar el apoyo legal, emocional, psicológico”, no sé, que recuerde no he visto que den esa información y deben de existir.<sup>366</sup>

---

<sup>364</sup> Entrevista L-PS-08-20-11-14.

<sup>365</sup> Entrevistas L-PS-01-21-10-14 y L-PS-13-01-12-14.

<sup>366</sup> Entrevista L-PS-12-02-12-14.



No obstante, más allá del conocimiento que tengan los profesionales sobre los canales existentes para tratar una situación de violencia, es importante considerar sus propias limitaciones en cuanto a lo que conocen y consideran como una conducta violenta. En este sentido, uno de los interrogantes que se reiteró a lo largo del trabajo de campo fue la discrepancia entre la idea de que la violencia es recurrente y las pocas intervenciones reales de las cuales dieron cuenta los profesionales, lo cual genera la impresión de que existe un desfase entre el discurso y la práctica. Sobre esta pregunta, uno de los entrevistados respondió que

[...] Creo yo que no los sabemos identificar adecuadamente [los casos de violencia hacia las personas adultas mayores], creo yo que muchas veces el paciente no tiene que decir nada, pero simplemente el que esté ahí sentadito con cierta mirada, con cierta actitud, nos puede decir muchísimas cosas y nosotros no percibimos eso [...], yo creo que más bien lo que esperamos es que vengan y nos digan, “pasa esto” y eso no debe de ser así.<sup>367</sup>

El nutriólogo coincidió en esta apreciación, al señalar que “yo creo que [...] no se ha considerado que una agresión a un adulto mayor sea considerada como un acto de agresión como tal, porque no está muy difundido y como desconocemos esto, desconocemos las leyes que también ellos son agredidos y desconocemos esto, ¿pues a donde lo llevo?”<sup>368</sup>. En otras palabras, según el entrevistado, los profesionales no tienen claro el límite que se traspasa para que una conducta pueda ser considerada como violenta.

El desconocimiento por parte de los profesionales de un procedimiento específico para atender de manera oportuna los casos de violencia hacia las personas adultas mayores puede, en algunos casos, ir de la mano con cierta desconfianza en el impacto de las intervenciones que realiza el personal del centro de salud. Ejemplo de ello es el testimonio de una de las médicas del programa de ADPV:

---

<sup>367</sup> Entrevista L-PS-11-01-12-14.

<sup>368</sup> Entrevista L-PS-12-02-12-14.

Entrevistadora: ¿Y ustedes tienen algún procedimiento específico para atender este tipo de casos [de violencia hacia adultos mayores]?

Médica: Yo le aviso al coordinador médico, a trabajo social y se supone que se debería dar aviso al Ministerio Público, pero es lo mismo... ¿Y? ¿Qué va a pasar entonces? Detienen a la única persona que lo cuida, ¿Y luego? ¿Y a dónde va a ir a dar el paciente? Y el paciente lo ve así también... ¡Ajá! ¿Se lo llevan y luego? “¿Quién me da de comer? ¿Quién va a venir a limpiar?”

E: O sea, ¿usted consideraría que este procedimiento no sería el más adecuado en este tipo de casos?

M: No es viable, tampoco hay alguien que se moleste. De por sí en la Procuraduría te tratan mal, no te dan la atención y no te dan asesoría y luego para que salgan, “¡No!, esto no lo puede hacer aquí... váyase a otro lugar”, no les quieren levantar denuncias.<sup>369</sup>

Este testimonio denota una confianza muy reducida en los mecanismos judiciales a los cuales se podría recurrir en un caso de violencia. Al respecto, otro de los médicos consultados comentó que “aquí hay muchas leyes pero no se cumplen y las que llegan a cumplir, se llegan a cumplir en contra de los pobres [...], pero pues muchas veces aunque hay demandas, pero el Ministerio no las sigue”. En este sentido, la denuncia de las situaciones de violencia no es efectiva porque

[...] uno va a denunciar y muchas denuncias no son seguidas con el ministerio público porque no les hacen caso, por eso aquí mucha gente que es robada, es secuestrada, no denuncia, porque no creen, porque no hacen caso, porque muchas veces la misma policía está involucrada en esos actos, entonces el civil mejor no denuncia, porque en lugar de recibir ayuda de la autoridad, muchas veces es contraproducente.<sup>370</sup>

Llama la atención que, como se señaló en el capítulo IV sobre las percepciones acerca de la violencia, esta idea acerca de la poca efectividad de la denuncia, así como la desconfianza en las autoridades, se reiteraron también entre algunas de las personas adultas mayores y cuidadores entrevistados.

Con respecto a las altas cargas de trabajo y de pacientes atendidos, éstas dificultan brindar un tiempo adecuado a las consultas y hacer seguimiento a quienes dejan de acudir.<sup>371</sup> El corto tiempo de atención que deben cumplir los profesionales que, por lo general, es de 20 minutos por paciente,<sup>372</sup> dificulta la atención oportuna de los casos

---

<sup>369</sup> Entrevista L-PS-01-06-11-14. Ver también Entrevista L-PS-09-20-11-14.

<sup>370</sup> Entrevista L-PS-05-18-11-14.

<sup>371</sup> Entrevista L-PS-13-01-12-14.

<sup>372</sup> Entrevista L-PS-01-06-10-14.

de violencia y da lugar a prácticas de violencia estructural. Una excepción a esta regla son los médicos a cargo de la clínica de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos, quienes cuentan con 40 minutos. No obstante, se señaló antes, para aumentar la productividad, uno de los centros de salud visitados redujo el tiempo de atención de pacientes crónicos a la mitad, es decir, 20 minutos.<sup>373</sup> Al respecto, uno de los psicólogos consultados opinó que el impacto de la salud pública aumentaría de manera significativa

[...] Si en lugar de ver 45 pacientes al día de 20 minutos, pues nada más vemos 8 de 1 hora, pues entonces va nuestro bono, va nuestro incentivo de productividad, pero pues hay otros incentivos, el que el paciente te da, no de forma material ni nada, sino por la confianza, por la catarsis, por la ayuda que siente que le das, cosas así por el estilo, que es al final de cuentas infinitamente más valioso que otra cosa.<sup>374</sup>

Al hablar de las condiciones de trabajo, se hace referencia a los arreglos institucionales para la contratación y desempeño de los profesionales en los centros de salud, así como a las dinámicas laborales que pueden incidir en sus respuestas a los casos de violencia. En relación con la precariedad de las formas de contratación, una de las profesionales del programa de ADPV explicó que ella y la enfermera no están contratadas de base, pese a encontrarse trabajando en el programa desde sus inicios, en el año 2005. Esto quiere decir que, en el momento de la investigación, esta profesional llevaba nueve años sin que su contratación se hiciera definitiva. Al respecto, ella contó que, al inicio, fue contratada bajo la calidad de “precario”, la cual dio paso a la de “regularizado”, y “supuestamente ahorita hay una promesa para marzo que dijeron que iba a salir la base, pero todavía estamos en eso”. De acuerdo con la entrevistada, en su caso ha tenido trabajo constante, mientras que “hay algunos otros compañeros de otras ramas que sí los descansan”. Esto quiere decir que, durante los cinco primeros años que esta profesional estuvo contratada en la calidad de “precario”, “realmente no teníamos ningún tipo de prestaciones, no teníamos vacaciones, no teníamos derechos económicos, no teníamos derecho a cuestiones monetarias”. La

---

<sup>373</sup> Entrevista L-PS-11-01-12-14.

<sup>374</sup> Entrevista L-PS-14-01-12-14.

situación de “regularización”, que ha conllevado algunas ventajas sin ser igual a la de contratación de base ocurrió, en su caso, hace apenas tres años.<sup>375</sup>

Por su parte, la carencia de personal se ve ejemplificada en la falta de equipos interdisciplinarios e integrales que atiendan a las personas adultas mayores, ejemplo de ello es el programa de ADPV. Incluso en el caso del centro Dr. Guillermo Román Carrillo, de Iztapalapa, en el cual el equipo de ADPV cuenta con dos profesionales de psicología y trabajo social durante dos días de la semana, la carencia de una intervención en estas áreas fue observada de manera recurrente durante el trabajo de campo. En el caso del centro Dr. Román Carrillo, los profesionales de la jurisdicción que apoyan al equipo de ADPV tienen altas cargas de trabajo y de pacientes y deben repartir su tiempo entre los diversos centros de la delegación, lo cual los recarga de trabajo y ocasiona demoras en la atención e intervención en casos de violencia. En las otras dos delegaciones visitadas, el programa de ADPV no cuenta con profesionales de estas áreas, por lo cual han optado por gestionar otras soluciones de manera personal. A su vez, estas iniciativas personales por parte de los profesionales dependen de su interés y compromiso.

Se pudo observar que el programa de ADPV en algunos centros de salud no tiene el mismo apoyo por parte de la dirección, a pesar de ser un servicio importante para la población beneficiaria. Una de las profesionales de este programa señaló que el propio director de su centro de salud ha sido reacio a involucrarse en dicha iniciativa y que sus compañeros, tales como trabajadores sociales y otros médicos, suelen pensar que su labor es menos complicada y por ende no apoyan cuando se les requiere. Según la entrevistada, el desinterés institucional por este programa se evidencia en que es utilizado con fines políticos, pero no fortalecido de manera permanente. Recientemente ha habido un interés renovado por dicho programa, debido a que en los centros de salud se está promocionando una iniciativa llamada “Médico en tu casa”. Fue usual encontrar publicidad sobre este programa en las delegaciones de Iztapalapa y Gustavo A. Madero. De hecho, en los meses posteriores a la realización del trabajo de campo,

---

<sup>375</sup> Entrevista L-PS-14-20-01-15.

estas publicidades han sido emplazadas en lugares públicos, tales como vallas de la red de metros del Distrito Federal. En los volantes que circularon en los centros de salud, el programa fue descrito como algo único y de carácter pionero en el mundo. Sin embargo, de acuerdo con la entrevistada, no hay ninguna diferencia entre este y el programa de visitas domiciliarias que actualmente existe y que lleva más de 8 años funcionando. Por tanto, en su opinión, el interés por relanzar el programa tiene que ver con cuestiones electorales.<sup>376</sup>

En cuanto a las *carencias estructurales del sistema*, algunos profesionales señalaron que se ven impedidos a intervenir de manera más activa en los casos de violencia porque, de todas maneras, debe seguir existiendo un vínculo entre la persona adulta mayor y el familiar o cuidador que la violenta, puesto que nadie más puede asumir su asistencia. Dicha relación podría romperse si las personas adultas mayores en situación de maltrato pudieran ser remitidas a entidades especializadas, tales como asilos. No obstante, la inexistencia de dicha infraestructura, o la poca efectividad de la que existe (por ejemplo, el hecho de que los hogares públicos no ofrezcan un trato digno a las personas adultas mayores),<sup>377</sup> le restan viabilidad a esta salida.<sup>378</sup> Tampoco parece existir una intervención eficiente de la justicia penal en los casos en los cuales los familiares y/o cuidadores incurrir en situaciones graves de violencia. Al respecto, ya se ha mencionado sobre la poca confianza de los propios profesionales en las autoridades y en los mecanismos de denuncia de la violencia.

Asimismo, la sensación de falta de redes de apoyo institucionales hace que los profesionales manifiesten no tener las suficientes herramientas para atender situaciones de violencia, lo cual se relaciona con las carencias estructurales del sistema referidas más adelante:

[...] las instituciones, a lo mejor no tenemos muchas redes de apoyo en cuanto adultos mayores, que yo dijera “bueno, ¿sabe qué?, voy a hablar a tal institución para que vengan y lo lleven [al adulto mayor]”, no sé, lo tengan ahí, se lo lleven como a casas de seguida,

---

<sup>376</sup> Entrevista L-PS-14-20-01-15.

<sup>377</sup> Entrevista L-PS-02-21-10-14.

<sup>378</sup> Entrevistas L-PS-01-06-10-14, L-PS-05-18-11-14.

algo así, ¿no?, que yo dijera “bueno, ¿sabes qué?, el adulto mayor viene mal tratado, ya no quiere regresar a su casa porque le pegan, entonces yo voy a hablar, le voy a hablar a tal institución, para que vengan y lo tengan ahí un tiempo en lo que se hace la investigación de que es lo está pasando, si de verdad lo están golpeando, si de verdad sufre de la violencia, o lo mejor puede ser también demencia, ¿no?”.<sup>379</sup>

La carencia de medicamentos es un problema recurrente y que fue documentado tanto por personas adultas mayores como por sus cuidadores. Una de ellas comentó que

[...] La ley está, tenemos derecho a un seguro popular, tenemos derecho a una consulta, que es la gratuita, y si nos va bien, a principio de año por marzo sí hay medicamento, pero ya a finales de año no hay medicamento, entonces aunque el doctor quiera, “ah, sí le doy consulta, ¿pero sabe qué? Me va a perdonar pero no hay medicamento, tiene que comprarlo por fuera”, está bien, ¿entonces qué hace uno? Ah, pues mama, no tenemos medicamento, vamos a Similares y compramos, pero si no tuviera la tarjeta de adulto mayor tendríamos que declinar.<sup>380</sup>

La falta de medicamentos afecta de manera notable el impacto de los centros de salud y fue referida como una de las prácticas de violencia institucional más frecuentes, junto con el trato brindado por los profesionales (sin embargo, como se indicó antes, fueron pocas las situaciones puntuales que los entrevistados refirieron sobre esta cuestión)<sup>381</sup> y las tardanzas en la atención (que, a menudo, se refirieron a otras instituciones de salud).<sup>382</sup> Asimismo, la carencia de medicinas tiene un efecto directo en el apego a los tratamientos, uno de los obstáculos que los profesionales dicen hallar a menudo en la atención a los pacientes adultos mayores.<sup>383</sup> Tal problemática tiende a empeorar su situación, así como la de los cuidadores con enfermedades crónicas tales como la hipertensión y diabetes. Vale la pena señalar que los entrevistados también hicieron referencia a varias carencias de infraestructura que se convierten en limitaciones por ser requerimientos especiales de la persona adulta mayor que el sistema no cumple. Ejemplo de ello es la falta de rampas o elevadores y accesos para personas en silla de ruedas.<sup>384</sup> En resumen, como lo señaló uno de los psicólogos entrevistados, “esas

---

<sup>379</sup> Entrevista L-PS-09-10-11-14.

<sup>380</sup> Entrevista L-FC-05-16-10-14, ver también Entrevista L-FC-18-04-12-14.

<sup>381</sup> Por ejemplo, ver la entrevista L-AM-23-13-11-14.

<sup>382</sup> Entrevista L-PS-03-24-10-14.

<sup>383</sup> Entrevista L-PS-06-18-11-14.

<sup>384</sup> Entrevista L-PS-04-23-10-14.

son de las cosas que a mí me frustran, porque ante la insuficiencia de recursos, uno no puede hacer una labor, pues a mí me parece, completa”.<sup>385</sup>

En términos generales, la atención de la violencia a personas adultas mayores, en los centros de salud y en el programa de ADPV, es escasa debido a múltiples factores que obstaculizan su detección, evaluación, orientación y seguimiento. Existen importantes discrepancias en los conocimientos y en las formas de proceder en la atención de la violencia hacia este grupo de la población. Así como, desconocimiento de los canales institucionales y de lo que se debería considerar como violencia. Aunado a una notoria fragmentación de las diversas instancias que componen los centros de salud y que obstaculizan el poder realizar un trabajo interdisciplinario que exige la atención de la violencia. Esta gama de situaciones hacen que los profesionales opten por salidas personales para atender los casos de violencia que se les presentan, que desarrollen métodos intuitivos para su detección y atención y que creen redes de apoyo independientes a las que les brindan los procedimientos establecidos por el sistema de salud.

---

<sup>385</sup> Entrevista L-PS-14-01-12-14.

## CONCLUSIONES

Esta investigación buscaba analizar las percepciones y las prácticas de los profesionales de la salud sobre el proceso de atención de personas adultas mayores en situación de violencia, así como las percepciones que estos pacientes y sus familiares/cuidadores tenían con relación a la atención, los servicios de salud y la violencia familiar. Se pretendía poner en el centro del análisis la atención de la violencia en los centros de salud, que viven las personas adultas mayores en su ámbito familiar, pues se partía de considerar que la violencia de la que son objeto este grupo de la población, era una de las realidades que quedaba soslayada debido al orden médico centrado en la enfermedad y los “males del cuerpo” y que dejaba fuera muchas otras cuestiones que afectaban la salud y el bienestar de las personas adulta mayores.

Para el cumplimiento de este objetivo se trabajó en tres centros de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ubicados en tres diferentes delegaciones de la ciudad de México: Iztacalco, Iztapalapa y Gustavo A. Madero. En este sentido, fue inevitable adentrarnos en situaciones de violencia que sucedían en el ámbito familiar y que trascendían a lo institucional.

Preguntarse entonces por los procesos de atención de la violencia hacia las personas adultas mayores en los centros de salud, podría significar un camino para buscar la solución al problema pero en este caso, se trataba también de una extensión del mismo, pues los servicios de salud carecen de los elementos mínimos e indispensables para la atención de las necesidades de salud de la población adulta mayor y, en estas necesidades, entraba el tema de la atención de la violencia de que eran objeto en el ámbito familiar.

Es así como después de hacer un análisis de diferentes autores y marcos explicativos que daban cuenta de la violencia, fue Johan Galtung quien brindó los mejores elementos explicativos para desde una perspectiva crítica y amplia, abordar el tema de la violencia hacia las personas adultas mayores y su proceso de atención en los



servicios de salud. Partiendo de la identificación que hace de tres tipos de violencia: la directa (verbal, psicológica, física, abuso económico o negligencia, entre otros); la cultural y/o simbólica (ideas, normas, valores, estereotipos, tradiciones y actos o rituales que dan legitimidad a la violencia estructural y directa) y la estructural (represión, contaminación, alienación), se dio cuenta de su manifestación en las personas adultas mayores en términos de percepciones, prácticas y atención desde tres actores: personas adultas mayores, familiares/cuidadores y profesionales de la salud.

Planteado lo anterior, a continuación se destacarán los hallazgos relacionados con el trabajo etnográfico y los referentes conceptuales del marco teórico como son: la violencia directa, la simbólica y/o cultural y la estructural o sistémica, teniendo en cuenta el contexto urbano, la familia y sus complejidades y los servicios de salud.

Para desarrollar los objetivos propuestos en la presente investigación, se utilizó metodologías cualitativas, en este sentido, se realizó un trabajo de corte etnográfico, el cual comprendió la observación en la institución y en los hogares de los pacientes mayores y entrevistas semi-estructuradas, las cuales tuvieron una duración aproximada de 90 minutos. El trabajo etnográfico permitió recopilar una gran cantidad de información sobre las violencias que viven las personas adultas mayores y el manejo que se daba a este problema en los centros de salud estudiados. Dicho trabajo, además, sirvió de guía en el diseño y rediseño de las preguntas y observaciones. Así, se pudo aventurar algunas hipótesis y respuestas sobre la realidad que se estaba observando.

En primer término hay que señalar que el trabajo etnográfico permitió abordar temas que fueron relevantes para mejorar el proyecto de investigación. Y es que el abanico de posibilidades era amplio, cada centro de salud aunque pertenecía al mismo sistema encerraba prácticas diversas que al final del día incidían en el proceso de atención, como eran: los tiempos de espera, la atención preferencial, la adaptación de los espacios a las necesidades de las personas, los servicios ofrecidos, las características

del personal, entre otros. Cabe resaltar, que la confianza que tienen las personas adultas mayores de los servicios que ofrecen los centros de salud, entre ellos el programa de ADPV, está estrechamente relacionada con las cualidades y las prácticas de los diferentes profesionales de la salud, en especial, los médicos. La dificultad que este hecho generó es que, desafortunadamente, el trabajo en cada centro de salud dependió mucho del compromiso de cada profesional y, no tanto, de reglas y procedimientos establecidos para el funcionamiento de las instituciones de salud.

Para el análisis de la violencia hacia las personas adultas mayores y el proceso de atención en los servicios públicos de salud, una categoría de análisis importante fue el contexto. Y es que llamó la atención cómo a pesar de que las zonas tenían un nivel socioeconómico relativamente semejante, la heterogeneidad fue una característica presente. La mirada que se hizo hacia la ciudad se fundamentó desde enfoques teóricos propuestos por diferentes disciplinas como la antropología, la sociología y la medicina social, los que permitió encontrar y analizar otros elementos para explicar la violencia y las barreras en el proceso de atención.

De esta manera, aspectos como la inseguridad, la pobreza, el hacinamiento, la urbanización desorganizada y los asentamiento irregulares fueron características que sobresalieron en los lugares donde vivían las personas adultas mayores. Sumado a lo anterior, estaba el hecho de unas precarias relaciones sociales, alto grado de individualismo y anonimato, vínculos familiares deteriorados debido a conflictos actuales y de larga data, ausencia de redes de apoyo, poca atención por parte de otros miembros de la familia y de la comunidad a las necesidades específicas de la persona adulta mayor así como su segregación, que fueron situaciones notorias que se observaron entre la población y en las zonas estudiadas. En las personas adultas mayores con discapacidad y dependencia fue más frecuente observar sentimientos de soledad, situaciones de negligencia y abandono familiar, en este sentido, se corroboraba la explicación teórica que daba Wirth acerca del modo de vida urbano donde las relaciones ocurren con una gran distancia, lo cual desliga a los individuos e incluso puede favorecer sentimientos de soledad.

Otro elemento a destacar del contexto es que también incide en las conciencias individuales de algunos profesionales de la salud y por ende en la práctica médica que involucra la atención de la violencia que sufren las personas adultas mayores en el ámbito familiar. Era claro que las condiciones socio-económicas y un contexto adverso, promovían prejuicios hacia este sector de la población y, en consecuencia, la naturalización de ciertas formas de violencia como las agresiones verbales, las amenazas, la indiferencia hacia la persona adulta mayor o su aislamiento. En términos generales, no cabe duda que el contexto en el que viven estas personas es un factor importante que favorece la violencia directa, cultural y/o simbólica y estructural.

En términos generales el trabajo etnográfico permitió una mirada más profunda al tema de la violencia hacia las personas adultas mayores y el proceso de atención en los centros de salud, así como, el planteamiento de nuevos interrogantes y miradas, los cuales algunos de ellos se pudieron contestar y otros quedaron simplemente enunciados como parte de una ruta que se deberá proseguir a futuro.

Tomando como referencia los ejes analíticos de Galtung, a continuación se presentan los principales hallazgos con relación a las violencias que viven las personas adultas mayores en el ámbito familiar y las barreras existentes para su atención en los centros de salud, lugar que representa una ventana de oportunidad para detectar en forma temprana, atender oportunamente, limitar los daños a la salud y rehabilitar a quienes sufren las consecuencias de la violencia. En este sentido, se buscaba identificar el conjunto de hechos que perturbaban el curso normal de las cosas y que al final resultaban en violencia directa hacia las personas adultas mayores, así como, aquellas situaciones o creencias que justifican los propios actos violentos.

En el caso de las formas de violencia directa evidenciadas en los testimonios de las personas adultas mayores, éstas fueron más variadas y superaban a las relatadas por los cuidadores y/o familiares. ¿Qué se quiere decir con esto? que las personas adultas mayores consideraron como violentas muchas acciones que no fueron mencionadas

por los cuidadores o que no son vistas por éstos como violencia, por ejemplo, tirar las cosas de la persona adulta mayor, dañar sus plantas, apropiarse de su casa, no pagarle renta, aventarlo a la cama, utilizar sus tarjetas de ayuda económica y no comprar lo que la persona mayor quería, entre otras. Es decir, el abanico de formas de violencia se ampliaba de manera significativa al incluir las experiencias de violencia narradas por las propias personas adultas mayores. Esta situación, además de confirmar el sub registro de la violencia, sugería que los familiares y cuidadores pueden estar ejerciendo formas de violencia directa con algunas de sus actitudes cotidianas de manera inconsciente o sin percatarse de ello.

Las personas adultas mayores no dependientes no estaban exentas de estas diversas formas de violencia en su vida cotidiana. Sin embargo, los casos más críticos de violencia fueron documentados entre las personas adultas mayores con dependencia, lo cual sugiere que su condición puede acentuar ciertas formas de violencia. Diversos aspectos como la situación económica, la falta de información y/o capacitación para brindar el cuidado y la sobrecarga asociada con éste, son factores estructurales que están incidiendo en la ocurrencia de la violencia directa hacia las personas adultas mayores.

El trabajo permitió ver las posturas y experiencias de las partes implicadas en las situaciones de violencia hacia las personas adultas mayores, así como su visión de las relaciones familiares y de los conflictos que generan las situaciones violentas. Los actores involucrados sostienen ciertos valores, de acuerdo con los cuales, la violencia es condenada cuando no es un problema que los afecta a nivel personal; pero, por otro lado, tienden a justificarla cuando es una situación cotidiana y que los involucra. Esto ocurrió tanto entre los familiares y cuidadores, como entre las propias personas adultas mayores. El problema con dichas justificaciones es que tienden a dejar a la persona adulta mayor en una situación de desventaja, pues en muchos casos es ella quien termina aceptando una responsabilidad por la violencia que sufre. Asimismo, las justificaciones que ambas partes dan a la violencia contribuyen a naturalizar estos comportamientos, en la medida en que los convierten en algo inevitable y merecido

por quienes los sufren. Aunque los valores familiares de los entrevistados establecen que es un deber cuidar a los padres, abuelos y otras personas adultas mayores, no obstante, en la práctica, tales valores no se cumplen a cabalidad, aunado a que las familias carecen de redes de apoyo que les permitan atender a sus mayores. Habría que destacar aquí la disfuncionalidad familiar presente entre la población adulta mayor entrevistada, en donde sus vínculos familiares son mínimos cuando no inexistentes.

En cuanto a los intereses de cada una de las partes involucradas, es importante subrayar que las condiciones socioeconómico de los entrevistados es precaria, debido a que la vejez no sólo es una etapa en donde la persona mayor es excluida del mercado laboral, sino también su cuidador, por tanto, los cuidadores carecen de ingresos y requieren el apoyo económico de las personas adultas mayores para atenuar su difícil situación económica. Pese a su edad avanzada y a la situación de dependencia, las personas adultas mayores entrevistadas hacen aportes a la economía doméstica y, en caso de que su estado de salud se los permita, a las labores del hogar. Pero, también requieren atención y cuidados que en muchas ocasiones no pueden pagar ellas, por tanto, dependen de la asistencia de sus parientes.

El cuidado y sus múltiples implicaciones para la práctica, resultó ser todo un gran tema en las situaciones de violencia. La designación o auto-designación del cuidador está inmersa en una red compleja de situaciones, circunstancias y emociones, en donde el cuidador tiene que debatirse entre sus proyectos personales y la responsabilidad del cuidado, entre sus rutinas y las nuevas que exige la atención de la persona adulta mayor. La historia de vida es un factor que incide en el tipo de relación que existe actualmente entre el cuidador y la persona adulta mayor, la cual además se ve afectada por el contexto, el ambiente familiar y los recursos económicos, sociales, familiares, entre otros.

Y es que algunas situaciones de violencia descritas se enmarcaban en una historia de conflicto, transcurrida en un contexto de relaciones familiares complicadas donde la violencia, en sus distintas formas, data de mucho tiempo atrás, dejando daño en las

personas que fueron víctimas y heridas que quedaron sin sanar. En este sentido, se encontró que dichas historias de violencia servían de justificación a algunos de los cuidadores y/o familiares que reconocían ejercer conductas violentas. Es así que se pudo apreciar que la violencia se había convertido en una constante en las relaciones familiares, y que lo único que cambiaba era el agresor y el agredido. Es por ello, que en el proceso de atención de la violencia se requiere de diversas acciones como sanar heridas, cerrar los ciclos de violencia, reconciliar a las partes consigo mismas y mutuamente.

Como se puede apreciar la violencia directa está determinada por una serie de aspectos que traspasan el nivel individual y relacional. Es así que se observan otras situaciones que tiene que ver con factores culturales y estructurales. Por ejemplo, las transformaciones de la familia, como se mencionó en el capítulo I, están incidiendo de manera directa en detrimento del bienestar de las personas adultas mayores dependientes. Los miembros de las familias se encuentran en una lucha constante por sus propios intereses, volviéndose la tarea del cuidado un conflicto a nivel familiar e individual para quien la asume. Este conflicto se agudiza cuando el cuidado restringe la participación en otras actividades de las personas que lo brindan. La inserción de los cuidadores al mercado laboral queda supeditada a la informalidad, situación que tiene muchas consecuencias negativas para ellos, como un mayor riesgo de pobreza, menor acceso a servicios de salud y a servicios de seguridad social, así como un mayor riesgo a tener problemas de salud y menor probabilidad de acceder a una jubilación. Esto ocurre de manera particular cuando la necesidad de atender a la persona adulta mayor se prolonga y la ayuda de otros familiares es escasa, así como el apoyo del Estado. Este hecho en particular precisaría mecanismos de protección social a través de una intervención pública sistemática.

De otra parte, el cuidador se enfrenta a una serie de actividades para las cuales no tiene conocimiento ni capacitación, ocasionándole sentimientos de frustración, omisiones que pueden llegar a ser consideradas como negligencia y hasta actos de violencia directa. Esta falta de conocimiento sobre la enfermedad de la persona adulta

mayor, su evolución y las consecuencias de ciertos tratamientos, generan dificultades en la tarea del cuidado, esto podría ser resuelto por los profesionales de la salud, quienes en su práctica cotidiana omiten la obligación de informar tanto al paciente como al cuidador sobre todos los aspectos que conlleva la enfermedad y su tratamiento.

En suma, en el cuidado de personas adultas mayores dependientes y su relación con la violencia, intervienen situaciones individuales, relacionales y estructurales, que ponen en desventaja no sólo a los que son cuidados sino que también, a los que brindan el cuidado. La violencia hacia la población adulta mayor es un fenómeno de gran complejidad y diversidad donde son diversos los actores y factores relacionados. La vulnerabilidad a la que están expuestas las personas adultas mayores, en especial las dependientes, hizo posible entonces, entender de manera más integral la experiencia de violencia y darle importancia a su historia en su entorno y ámbito familiar.

El otro eje que plantea Galtung es la violencia cultural o simbólica. Es importante subrayar que la hipótesis sobre la naturalización de la violencia y su vínculo con los estereotipos se comprobó de diversas maneras. En este sentido, se identificó en el discurso de los entrevistados que las percepciones sobre el envejecimiento y la vejez, incidían en la existencia de prácticas violentas en contra de las personas adultas mayores, en la medida en que había un sustento cultural a tales formas de violencia. Asimismo, se encontró que dichas percepciones negativas también eran compartidas por las personas adultas mayores entrevistadas, lo cual las inhibía a hablar, evidenciar y porque no, a denunciar la violencia en su contra o les proveía una justificación o explicación para las agresiones sufridas. De esta manera, aunque la violencia fuera percibida como una práctica negativa y socialmente reprobable, la existencia de estereotipos negativos sobre la vejez explicaba y daba sentido a los diversos tipos de maltrato y discriminación que sufrían las personas adultas mayores. Si bien estas formas de violencia estaban vinculadas con diversos factores sociales, económicos,

familiares y personales, las percepciones negativas sobre esta etapa de la vida contribuían a justificar y naturalizar la violencia.

Fueron contados los casos en los que la vejez fue definida como una etapa “natural” de la vida, los cuales se presentaron principalmente entre las personas adultas mayores entrevistadas en los centros de salud, quienes cuentan con cierta autonomía y capacidad para movilizarse de manera independiente. Es importante subrayar que aunque se encontraron estereotipos positivos sobre la vejez y el envejecimiento, fueron más prevalentes los negativos. En este sentido, fue frecuente encontrar en los discursos imágenes simplificadas, y a menudo denigrantes de la realidad de las personas mayores. Desde esta perspectiva, los miembros de este grupo de edad son definidos a partir de una mirada reducida, como personas limitadas, incapaces, enfermas, improductivas y dependientes. De acuerdo con las percepciones descritas, no se valoran a partir de sus contribuciones ni se conciben como individuos capaces de realizar aportes diversos a su entorno familiar y social. Según estas miradas, la vejez es reducida a una época de enfermedad y desgaste.

El problema de las percepciones negativas que identifican al envejecimiento y a la vejez con el sufrimiento de enfermedades y con el surgimiento de limitaciones es que, como se mostró a partir de los relatos, llegan a justificar diversas formas de violencia. Asimismo, tales justificaciones contribuyen a la naturalización de las conductas de violencia y abuso.

La naturalización de diversas formas de violencia hacia las personas adultas mayores está vinculada con la propia percepción que los miembros de este grupo de edad tienen sobre sí mismos. En otras palabras, la existencia de visiones pobres sobre el proceso de envejecimiento y la vejez, contribuye a que las conductas de violencia en contra de las personas adultas mayores sean percibidas como normales y a que el ocultamiento y falta de reconocimiento por parte de los implicados sea un problema en su identificación y atención oportuna.



Consciente o inconscientemente, la idea que muchas personas adultas mayores dependientes y hasta independientes tienen acerca de ser menos capaces o ser una “carga” para la familia y la sociedad, no solo favorece diversas formas de violencia, sino que pone en marcha un patrón de pensamiento que es muy difícil de detener y que al ser interiorizado por sus cuidadores y familiares, así como, por los profesionales de la salud, hace más difícil la detección y la solución al problema.

El otro tema que muestra resultados preocupantes es el de la violencia estructural o sistémica que es palpada claramente a través de las instituciones y las personas que brindan la atención en materia de salud. Los profesionales entrevistados dieron cuenta de algunas similitudes en su forma de atender casos hipotéticos o reales de violencia hacia personas adultas mayores. No obstante, las discrepancias en estos conocimientos y en las formas de proceder muestran desconocimiento de los canales institucionales y de lo que se debería considerar como violencia, así como la fragmentación de las diversas instancias que componen los centros de salud. Estas situaciones hacen que los profesionales opten por salidas personales para atender los casos de violencia que se les presentan, que desarrollen métodos intuitivos para su detección y atención y que creen redes de apoyo independientes a las que les brindan los procedimientos establecidos por el sistema de salud al que pertenecen estos centros.

Esto implica que los profesionales trabajan en un ámbito fragmentado, que no siempre tienen claros los procedimientos de atención a la violencia, que cuando los conocen no siempre los aplican, que enfrentan una serie de carencias estructurales y de convicción pero que, pese a ello, deben idear estrategias, a menudo derivadas de su propia iniciativa y compromiso, para lidiar con situaciones sociales, económicas y familiares complejas.

En el caso de la atención son varias las carencias detectadas; por una parte, como se pudo apreciar, en algunos casos los propios profesionales parecen omitir o dejar pasar señales de alarma, tardan en solicitar la intervención de otras instancias como

psicología o trabajo social o, simplemente, no realizan ninguna acción más allá de ciertos comentarios o sugerencias a la persona adulta mayor y a su cuidador/familiar. Por otra parte, estas deficiencias en la atención van de la mano con problemas estructurales que involucran la formación y capacitación del personal de salud. Y es que el personal médico ha sido educado desde una perspectiva fragmentada de la salud, en la cual las problemáticas sociales o escapan a la especialidad del profesional o no son de su interés, sin percatarse que actualmente la violencia no es concebida sólo como un problema social sino de salud.

Aunado a lo anterior, en el servicio u atención que brindan los profesionales de la salud, se observa un gran vacío en la comunicación, el cual está contribuyendo en las prácticas de violencia por parte del cuidador y/o familiar hacia la persona adulta mayor, y es que la falta de información sobre la enfermedad y su manejo, su evolución, las posibles complicaciones, efectos de tratamientos, entre otros, son aspectos que deberían ser aclarados por el médico y la o el enfermero al cuidador para que éste pueda brindar una mejor atención a la persona mayor y no errar en apreciaciones al considerar que lo que le sucede con la persona adulta mayor lo hace con el ánimo de afectar al cuidador. Este desconocimiento por parte del cuidador conlleva a actos de violencia o maltrato por acción o por omisión, situaciones que podrían evitarse a partir de una adecuada atención por parte de los profesionales de la salud.

El personal médico justifica su proceder para la no atención del problema de la violencia hacia las personas adultas mayores, a través de ideas que tienen que ver con las dificultades de índole personal, profesional, institucional, organizativa, social y cultural. Además, se puede observar e identificar en el discurso de los médicos la presencia de estereotipos negativos asociados a la vejez y a la persona adulta mayor en particular, a las familias y al contexto en el que vive este grupo de la población en general. Al mismo tiempo hay una fuerte convicción sobre la dificultad de tratar asuntos que no pertenecen al orden médico.

La fragmentación en el proceso de atención afecta también las relaciones interinstitucionales y, por tanto, se refleja en la atención brindada a los usuarios, a quienes expone a prácticas de violencia estructural. Sumado a ello, hay que enfatizar que el sistema de salud en general, y los centros de salud en particular, presentan muchas carencias estructurales las cuales complejizan y dificultan la labor de los profesionales, les causan limitaciones para su quehacer de servicio y reducen el impacto que los centros de salud podrían tener en las sus comunidades.

En términos generales, se pudo observar que más allá de que los servicios estén adaptados a las necesidades de las personas adultas mayores lo que sucede es que las personas mayores se deben de adaptar a los servicios que prestan estos centros de salud. Aunado a esto, la infraestructura física de estas instituciones representa una barrera importante para las personas adultas mayores que acuden a solicitar atención médica.

En términos generales, se observó una gran complejidad en todo el proceso, hay una prevalencia importante de discapacidad, aislamiento personal, debilitamiento de las redes de apoyo, cambios en la familia, ausencia de entornos favorables, existencia de estereotipos asociados a la vejez, discriminación por motivos de edad, y violencias. A la par con lo anterior hay la ausencia de un sistema de salud adaptado a las necesidades de las personas adultas mayores, diseñado para curar enfermedades y cubrir cuotas de atención, se observa que los problemas de salud se tratan de manera desconectada de la realidad social, donde no hay un vínculo con las familias y las comunidades, donde los servicios no cuentan con personal con conocimientos gerontológicos y geriátricos y, donde la violencia hacia este sector de la población carece de un reconocimiento como un problema de salud. Estos y muchos otros aspectos se combinan para que las necesidades de las personas adultas mayores no estén siendo bien atendidas y la posibilidad de vivir una vejez digna se vea reducida por las múltiples violencias de las que son objeto.

## RECOMENDACIONES

**¿Qué hacer entonces ante la problemática de la violencia hacia las personas adultas mayores que crece cada día? ¿Qué se debe hacer para que los servicios de salud, entre ellos, los centros de salud atiendan adecuadamente la violencia que viven las personas adultas mayores en el ámbito familiar?** Son varias las iniciativas que deben emprenderse para dar solución efectiva a dicho problema.

Por un lado, las instituciones a cargo de la atención de las personas adultas mayores deben realizar un gran trabajo en cuanto a la capacitación de los miembros de este grupo de edad y de sus familiares y cuidadores. Sin embargo, la prevención de la violencia no sólo requiere una formación en torno a las prácticas que pueden ser consideradas como violentas, sino que implica un cuestionamiento más profundo de los prejuicios y estereotipos que presentan imágenes negativas y simplificadas del envejecimiento y la vejez, dado que estas construcciones son las que legitiman el hecho de que las personas adultas mayores sean agredidas y que las prácticas violentas en su contra adquieran mayor justificación. De esta manera, una labor fundamental para promover en el sistema de salud es la toma de consciencia sobre el hecho de que las representaciones del envejecimiento y la vejez no son construcciones biológicas, sino sociales y culturales. Si bien, se basan en hechos fisiológicos inherentes al envejecimiento, las formas como son expresadas y los estereotipos vinculados con ellas no pueden ser concebidos como hechos naturales y por tanto subestimados.

En este sentido, una parte del trabajo que pueden realizar las instituciones de salud para una mejor atención a este sector de la población, es emprender un esfuerzo conjunto que permita relativizar y resignificar lo que se concibe como el envejecimiento, así como los cambios negativos asignados a este proceso. Relativizar el envejecimiento implica no valorarlo en su diversidad histórica y cultural, evidenciaría el hecho de que dichas percepciones negativas son construcciones sociales, por tanto, no son obvias o naturales, en este sentido, pueden ser cuestionadas, puestas en tela

de juicio y modificadas. Revalorar el envejecimiento permitirá resignificarlo, es decir, asignarle nuevos sentidos, los cuales permitirían problematizar los estereotipos negativos y promover el rescate de los aportes de las personas adultas mayores a su grupo familiar, a su comunidad y a su sociedad. Para ello, los enfoques de la antropología, la etnografía, las ciencias sociales, la medicina social y la salud colectiva, en general resultaran muy útiles en la creación de propuestas de capacitación y formación de las personas adultas mayores, sus cuidadores y el personal de salud que los atiende. A partir de los aportes de estas disciplinas en la comprensión del envejecimiento y la vejez en distintos entornos sociales y culturales, la percepción de esta etapa de la vida permitiría empezar a tener una mirada sino más positiva, si neutral.

A continuación se presentan algunas recomendaciones para trabajar en torno a la prevención y atención de la violencia hacia las personas adultas mayores.

- En el caso de las personas adultas mayores y sus cuidadores y/o familiares, es importante trabajar en el cambio de estereotipos negativos por medio de la valoración de diversas experiencias sociales, culturales e históricas. En cuanto a las personas adultas mayores, esta labor puede realizarse mediante programas de formación en los cuales se socialicen sus diversas experiencias de vida. Dichos programas tendrían como fin realizar actividades pedagógicas y didácticas en las cuales se aborden diferentes experiencias culturales e históricas en torno al envejecimiento (por ejemplo, talleres sobre la percepción del envejecimiento en distintas sociedades y culturas). Esta actividad tendría como fin la relativización de las percepciones sobre la vejez, puesto que evidenciaría el carácter social y cultural de los estereotipos negativos. Otro aspecto a trabajar sería la implementación de la historia oral como herramienta para rescatar las historias de vida de las personas adultas mayores, lo cual permitirá valorar su experiencia y contribución social, económica y familiar. Un ejemplo de cómo el trabajo de los profesionales de las ciencias sociales podría contribuir a la revalorización del envejecimiento y de cómo pueden ser implementadas estas iniciativas se encuentra en Morgante, Remorini y

Esnaola (2007). La existencia de grupos de apoyo a personas adultas mayores y pacientes con enfermedades crónicas en los centros de salud puede facilitar la creación de estos espacios de reunión. Un reto en este sentido, sería planear este tipo de programas para la población adulta mayor en situación de dependencia, en el que los profesionales del programa de ADPV podrían ser facilitadores en esta tarea, la cual requeriría el fortalecimiento de los equipos que brindan la atención médica en los hogares.

- En el caso de los familiares y cuidadores, sería deseable implementar programas similares al antes sugerido. Un obstáculo para ello es la sobrecarga observada en una buena parte de los cuidadores entrevistados, quienes manifestaron no contar con tiempo y espacio para desarrollar intereses propios o realizar actividades de formación fuera del hogar. De nuevo, los equipos del programa de ADPV son claves en esta tarea, y la atención de psicólogos y trabajadores sociales en el hogar podría hacer una diferencia en torno a las percepciones negativas sobre el envejecimiento.
- En el caso de los profesionales de la salud, es fundamental realizar también un trabajo similar al descrito en torno a las percepciones sobre el envejecimiento y la vejez. Asimismo, es clave la formación en cuanto al tema de la violencia ya que, como se ha señalado, en la práctica los profesionales no parecen tener una percepción integral sobre aquello que se debe considerar y atender como violencia; por tanto, otorgan más importancia a las conductas evidentes y que dejan señales visibles, dejando de lado los indicios de otros comportamientos que podrían ser violentos hacia las personas adultas mayores. Aunque la atención a las formas de violencia hacia este grupo tiene relación con otros factores estructurales del sistema de salud, realizar intervenciones en torno al tema de las percepciones puede tener resultados positivos en la respuesta de los diferentes profesionales de la salud.
- Para lograr la implementación de propuestas y programas de formación, es importante brindar capacitación sobre el tema a los profesionales de la salud y contar con equipos interdisciplinarios e integrales del programa de ADPV. Como se

señaló antes, el fortalecimiento de este programa y de los equipos de profesionales que lo conforman es clave en la atención a la violencia hacia las personas adultas mayores. Si bien dichos profesionales deben ser también incluidos en los programas de formación, es importante que cualquier iniciativa tenga en cuenta las condiciones de su práctica cotidiana, para que no llegue a ser vista como una carga o requisito adicional. Los profesionales del área de psicología y trabajo social serían claves en la implementación de dichos programas de formación, para lo cual también requerirían una capacitación sobre el envejecimiento y la vejez, así como, las formas de violencia y los canales institucionales para atenderlas. En suma, cualquier trabajo en torno a la atención oportuna de la violencia demanda la existencia de un mayor número de profesionales que contribuyan a que la presencia del sistema de salud en los hogares sea más constante, así como una mejor capacitación sobre el envejecimiento, la vejez y las diferentes prácticas que deben ser consideradas como violentas hacia las personas adultas mayores.

De esta manera, las recomendaciones que podrían realizarse a los centros de salud para atender estas situaciones y mejorar la intervención en los casos de violencia hacia las personas adultas mayores, abarcan tanto la capacitación como el mejoramiento de la infraestructura existente y de los procedimientos en la atención de pacientes adultos mayores, tanto en los centros de salud, como en el sistema de salud en general.

En lo que se refiere a la infraestructura, hay que partir de señalar que la reducida efectividad que parece tener la atención a la violencia desde los centros de salud, es un problema que va más allá de la capacitación de su personal. Así, si bien los programas de formación generarán impactos positivos, éstos no se verán del todo reflejados en un sistema que presenta carencias estructurales importantes y en el cual, aunque los profesionales conozcan e identifiquen situaciones de violencia, no cuentan con las herramientas necesarias para intervenir en ellas de manera oportuna. Es importante señalar que, aunque en algunos casos se ha documentado ciertas omisiones o actitudes personales de los profesionales, las cuales podrían incidir en la atención y generar violencia institucional (tales como pasar por alto señales de depresión o pensamientos suicidas en un paciente, hacer bromas en torno a su

situación o no reportar casos críticos a psicólogos o trabajadores sociales), en muchas otras ocasiones se encontraron profesionales con alto nivel de compromiso y creatividad para resolver los inconvenientes que plantea la atención a los casos de violencia. Brindar mejores condiciones de trabajo potenciaría el efecto positivo de la atención médica en los domicilios, ya que el tratamiento de la violencia no debería depender de la iniciativa propia, de la creatividad de los profesionales o de su compromiso con su oficio. Aunado a esto, los tiempos de atención en los centros de salud no deben de estar supeditados a cuotas que obstaculizan la interacción entre médico-paciente y por ende conllevan a una deficiente atención. En este sentido, en la atención de pacientes adultos mayores se debe establecer un mayor tiempo de consulta para permitir que los profesionales brinden una mejor consulta, indaguen sobre otros aspectos como el de la violencia y brinden información y recomendaciones claras sobre las condiciones de salud-enfermedad y atención de la persona adulta mayor.

En cuanto a la infraestructura, sería pertinente evaluar los mecanismos e instancias de atención social existentes para el tratamiento de los casos de violencia hacia las personas adultas mayores, así como su eficacia; de esta manera, sería posible establecer si es necesaria la creación de otras entidades o si se puede lograr un impacto efectivo mejorando y haciendo más eficientes las existentes y los canales para acceder a ellas. A lo largo de las entrevistas realizadas, fue frecuente que los profesionales manifestaran no tener conocimiento de otras instancias de atención social para casos de violencia, o que hicieran referencias generales a entidades como el DIF, el INAPAM, el CEPAVI y el CAVI. En otros casos, los profesionales lamentaron la falta de otras “instituciones de cercanía” y de entidades que aborden de manera específica la problemática de la violencia hacia las personas adultas mayores. Resultaría fundamental, en primer lugar, establecer los canales y redes de atención y vinculación, brindar capacitación sobre las funciones de cada una de estas instancias, en segundo, evaluar la efectividad de sus procedimientos e impactos en la atención de la violencia y, en tercero, de ser necesario, crear la infraestructura de asistencia social necesaria para atender los casos de violencia hacia las personas adultas mayores.



Los procedimientos de atención a la violencia dentro de los propios centros de salud deberían ser también evaluados, unificados y difundidos entre todo el personal. Es fundamental que los procedimientos de atención a la violencia estén establecidos y claros y que se generen mecanismos para ponerlos en práctica sin generar cargas burocráticas adicionales.

Es imprescindible la disponibilidad de los profesionales (no sólo de los de trabajo social) para desempeñarse más allá de los límites físicos de los centros de salud y acudir de manera permanente al terreno. De acuerdo con uno de los psicólogos entrevistados, “esa frontera [la que marca la generación de la violencia] no la podemos ver solamente en el consultorio, se necesita trabajo de campo para poder ir más allá y tener otras versiones [...]. Es ahí donde se vuelve un tema controversial, que requiere mucha más profundidad que la que la salud pública puede otorgar”. En tanto los profesionales sean reacios a salir de los centros de salud, no encuentren incentivos para ello o no conciban esta práctica como parte de su labor en las comunidades donde trabajan, será difícil dar respuesta a la alta demanda de servicios de psicología y asistencia social que se observan en las zonas como en las que se llevó a cabo la investigación.

En este sentido, también sería fundamental ampliar los recursos con los cuales cuenta el programa de ADPV, es decir, proveer sistemas de transporte y contrataciones dignas para los profesionales, asegurar los medicamentos para los usuarios y complementar la labor de los equipos con la presencia de trabajadores sociales y psicólogos adscritos a cada centro de salud (es decir, no provenientes de la jurisdicción, ya que esta situación genera altas cargas de trabajo y demoras en la atención). Es fundamental mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales a cargo de la atención domiciliaria, dado que, mientras haya este tipo de carencias estructurales, sus intervenciones en contextos sociales conflictivos serán limitadas. El programa de ADPV es una herramienta clave para la detección y atención de la violencia, ya que sus profesionales cuentan con un enorme conocimiento de los

contextos sociales, económicos y familiares de sus pacientes. Por ello, su fortalecimiento es fundamental y generará impactos positivos en las comunidades a las cuales llegan los servicios de los centros de salud. Así, antes que relanzar el programa de ADPV, es importante destinar recursos para fortalecerlo y es importante salvaguardarlo de usos políticos.

Se ha señalado que la fragmentación institucional es una de las barreras para una atención oportuna en los centros de salud. No obstante, esta situación podría extenderse al sistema de salud en general, lo cual genera preocupaciones sobre la formación que están recibiendo los profesionales del área de la salud y sobre las limitaciones que los ámbitos institucionales fomentan e imponen. En este sentido, sería útil promover prácticas de fortalecimiento institucional que permitan a los profesionales concientizarse de su importante papel en las comunidades en las cuales trabajan y que, a su vez, evidencien la importancia de cuestionar estas visiones fragmentadas de la salud. Visibilizar el tema y trabajar en él podría dar lugar a nuevas dinámicas laborales y a cooperaciones entre distintas áreas de la salud. Estos cuestionamientos son necesarios porque hacen ver el ejercicio de poder que implica la práctica médica y, por tanto, plantean la necesidad de ponerlo en tela de juicio. En este sentido, uno de los entrevistados concluyó que, para los profesionales de la salud, es necesario:

[...] Romper el paradigma del modelo biologicista, mecanicista, verticalista, y el único que sabe aquí es el de bata blanca y nadie más puede respingar, y aquí se obedece, se hace lo que yo diga, ¿y la participación de las personas? Eso mata el espíritu y otra vez viene la imposición de la autoridad, el verticalismo de la medicina, impositivo, autoritario, vertical, antidemocrático [...].

Se debe entonces trabajar en un cambio de actitud, de mentalidad, hacia una mayor valoración y mejores prácticas de atención hacia las personas adultas mayores. La presente investigación quiso ser un aporte en esa dirección.

## Referencias Bibliográficas

- Agier, M. (1977). La ciudad: sentidos y representaciones. En Hoffmann, Odile y F. Salmerón (Coords.), *Nueve estudios sobre el espacio. Representación y formas de apropiación* (pp. 177-190). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Alba, M. (2006). Experiencia urbana e imágenes colectivas de la Ciudad de México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 21, No. 3 (63), pp. 663-700.
- Albano, S. (2006). *Michel Foucault, glosario epistemológico*. Santa Fe/Buenos Aires: Editorial Quadrata.
- Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2(2): 123-146.
- Alonso, V. y Castellanos, D. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial* [online]. vol.15, n.3, pp. 253-274. ISSN 1132-0559.
- Anetzberger, G. J. (2008). Clinical Management of Elder Abuse. *Clinical Gerontologist*, 28(1-2), PP. 27-41.
- Ansello, E.F. (1996). Causes and theories. En A. Baumhover y S.C. Beal (eds.) *Abuse, neglect and exploitation of older persons: Strategies for assessment and intervention*. Baltimore, MD: Health Professions Press.
- Aranda-Regules J.M. (1988). *Nuevas Perspectivas en Atención Primaria a la Salud, Una Revisión a la Aplicación a los Principios de Alma Ata, Gestión de Innovaciones y Cambio Organizacional de los Centros de Salud*, ED. Escuela Andaluza de Salud Pública, España.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. Chile.
- Arenas, M. M. (2002). Familia y sociedad: mirar y ser mirado desde la vejez. *Ábaco*, 2 Época, No. 29-30, La familia en el siglo XXI pp. 95-100.
- Band-Winterstein, T. Doron, I. Naim, S. (2012). Elder self neglect: A geriatric syndrome or a life course story?, *Journal of Aging Studies* 26, pp. 109–118.
- Bengtson, V. L., Roberts, R. E. L. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 856–870.
- Billig, M. (1984). Racismo, prejuicios y discriminación. En: S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social*. Barcelona: Paidós.

Blanco, G. J. y Sáenz, Z. O. (1994). Espacio Urbano y Salud. Universidad de Guadalajara. Guadalajara.

Bonnie, R.J. y Wallace, R.B. (editors). (2003). Elder mistreatment: Abuse, neglect and exploitation in an aging America. National Academies Press; Washington, DC.

Bover, B. A., Moreno, S., Mota, M., y Taltavull, A. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. Aten Primaria, 32 (9): 541-551.

Breihl, J. (2010). La epidemiología crítica. Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva, Buenos Aires, Enero-Abril (1): 83-101.

Burston, G. R. (1975). Letter: Granny-battering. Brit. Med. J. 3 (5983): 592.

Butler, R. N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. The Gerontologist, 9, 243-246.

Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. Rev Esp Salud Pública. 76(5): 473-482.

Castro, R. (2001). Sociología médica en México: el último cuarto de siglo”, Revista Mexicana de Sociología, Vol. 63, No. 3: 271-293.

CENETEC. (2013). Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor. IMSS, PEMEX, DIF, Academia Nacional de Medicina, Sedema, Semar, SS., pp. 65. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057\\_GPC\\_MaltratoAdultoMayor/MAM\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf). (10 de diciembre 2012).

Clarke, M. E. y Pierson, W. (1999). Management of elder abuse in the emergency department. Emergency Medicine Clinics of North America. 17(3), pp. 631–644.

Confortini, C. (2006). Galtung, violence and gender: the case for a peace studies/feminism alliance. Peace and Change. Vol. 31, No. 3: 333-367.

Consejo Europa. (1998). Recomendación N° R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia. [citado 3 de junio de 2015]. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>.

Cordeiro, H. (1984). Empresas médicas: bases teóricas para el estudio de las transformaciones capitalistas de la práctica médica. Estudios Sociológicos, Vol. 2, No. 5/6, Salud, Estado y sociedad: 287-308

Cooper, C., Selwood, A. y Livingston, G. (2008). The Prevalence of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review, Age and Ageing. 37(2):151-160.

Daly, J., Merchant, M. y Jogerst, G. (2011). Elder Abuse Research: A Systematic Review, *Journal of Elder Abuse & Neglect*; 23:4, 348-365.

Damian, A. (2010). La pobreza en México y en sus principales ciudades. En M. Ordorica y J. Prud'homme (Coords.). *Los grandes problemas de México. Edición abreviada, El Colegio de México. V. 1. México.*

De Carlo, M. (1997). Stéréotype et identité. En: M. Margarito (Ed.), *Stéréotypes et alentours*, n° 107. Paris : Didier Erudition.

Dixon, J., Manthorpe, J., Biggs, S., Mowlam, A., Tennant, R., Tinker, A., McCreadie, C. (2010). Defining elder mistreatment: reflections on the United Kingdom study of abuse and neglect of older people. *Ageing and Society*; 30:403–20.

Docampo, S.L., Barreto, L.R. and Santana, S.C. (2009). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Revista Archivo Médico de Camagüey, Online.* Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttextandpid=S1025-02552009000600010andlng=esandnrm=iso](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextandpid=S1025-02552009000600010andlng=esandnrm=iso). ISSN1025-0255> (22 de diciembre 2012).

Douglas, M. (1996). *Cómo piensan las instituciones*, Madrid: Alianza Editorial.

Doumas, D. Margolin, G. y John, R. (1994). The intergenerational transmission of aggression across three generations. *Journal of Family Violence*, Volume 9 (2), pp 157-175.

Ejea, M. G. (2014). Pobreza y desigualdad socioterritorial en la ciudad de México: el problema estructural y los límites de la política social. *Sociológica (Méx.) [online]*, vol.29, n.83, pp. 87-127.

Ewen, E. y Ewen, E. (2006). *Typecasting: on the arts and sciences of human inequality*. New York: Seven Stories Press.

Femat, M. (2002). Representaciones sociales y procesos de cambio en la familia. *Anuario, UAM-X: 327-336.*

Femat, M. (2004). La noción de familia como construcción social. *Anuario de Investigación, UAM-X: 521-533.*

Femat, M. (2010). Globalización, representaciones sociales de la familia y función de género. *Anuario de Investigación, UAM-X: 521-543.*

Fernández, A. D. (2009). ¿Qué es la biopolítica?". *Cuadernos del Ateneo, No. 26: 93-98.*

Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educ Med Salud*, vol. 11, no 1: 3-25.

Fox, R. (1985). *Sistemas de parentesco y matrimonio*, Madrid: Alianza, [1967].

Franco, S. y Pérez, S. (2008). Producción de ciudad, cotidianidad y culturas populares: una revisión preliminar. *Investigación y desarrollo*, Vol. 16, No. 1: 58-81.

Galtung, J. y Fischer, D. (2013). *Johan Galtung Pioneer on Peace Research*, London: Springer.

Galtung, J. (2003). *Violencia cultural*, Bilbao: Gernika-Lumo/GernikaGogoratz.

Galtung, J. (1998). *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos invisibles de la guerra y la violencia*. Bilbao: Bakeaz y Gernika Gogoratz. Colección Red Gernika nº6. 132p.

Galtung, J. (1990). Cultural violence. *Journal of Peace Research*, vol. 27, No. 3: 291-305.

Galtung, J. (1985). *Sobre la paz*, Barcelona: Fontamara. España.

Galtung, J. (1969). Violence, peace and peace research. *Journal of Peace Research*, Vol. 6, No. 3: 167-191.

Garza, G. (2002). Evolución de las ciudades mexicanas en el Siglo XX. *Notas. Revista de información y análisis*, No. 19: 7-16.

Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., Lopez-Pousa, S., Juvinya, D., Vila, A. y Vilalta-Franch, J. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(5), pp. 815-22.

Gil, G. C. (2002). *Violencia, abuso, maltrato y/o trato negligente en la Tercera Edad. El suicidio en América Latina Vs la UE en la Tercera Edad*. (E-book) Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba website Online. Disponible en: <[http://www.aniorte.eresmas.com/archivos/violenc\\_abus\\_maltrat\\_3edad.pdf](http://www.aniorte.eresmas.com/archivos/violenc_abus_maltrat_3edad.pdf)> (5 de diciembre 2012).

Giraldo, R. L. y Rosas C. O. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale, *Geriatr Gerontol Int*; 13: 466–474.

Gómez, R. L., Rodríguez, A. G., Krug, L. E. (2007): Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México). *Esp Geriatr Gerontol*, 42 (1):27-34.

Graizbord, B. y Acuña, B. (2007). Movilidad residencial en la Ciudad de México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 22, No. 2 (65) (May - Aug., 2007), pp. 291-335.

- Guber, R. (2001). *Etnografía: método, campo y reflexividad*, Buenos Aires: Norma.
- Hannerz, U. (1986). *Exploración de la ciudad. Hacia una antropología urbana*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Harbison, J., Coughlan, S., Beaulieu, M., Karabanow, J., Vanderplaat, M., Wildeman, S., y Wexler, E. (2012). Understanding "Elder abuse and neglect": A critique of assumptions underpinning responses to the mistreatment and neglect of older people. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(2), 88-103.
- Hering Torres, M. y Pérez, A. C. (2012). *Historia cultural desde Colombia. Categorías y debates*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de Los Andes.
- Hörl, J. (2007). The social construction of violence in old age. *The Journal of Adult Protection*, Vol. 9 Iss 1 pp. 33-38.
- Iturrieta, O. (2001). *Conflictos Familiares: ¿cómo resolverlos?* CED, Universidad Católica del Norte, Chile.
- Kehl, W.S. y Fernández, F. J. (2001). La construcción social de la vejez. *Cuadernos de Trabajo Social*, 14: 125-161.
- Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. y Lozano R. (Eds.) (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la Salud (OMS), Washington, D.C.: OPS
- Kuperminc, G. P., Jurkovic, G. J. y Casey, S. (2009). Relation of Filial Responsibility to the Personal and Social Adjustment of Latino Adolescents From Immigrant Families. *Journal of Family Psychology*, Vol. 23, No. 1: 14 –22.
- Lamy, B. (2006). *Sociología urbana o sociología de lo urbano*. *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 21, No. 1 (61): 211-225.
- Lasch, C. (1996). *Refugio en un mundo despiadado. Reflexión sobre la familia contemporánea*, Barcelona: Gedisa, [1979].
- Lau, F., Kosberg, J. L. (1979). Abuse of the elderly by informal care providers. *Ageing*, 299, pp. 10-15.
- Laumann, E. O., Leitsch, S. A., Waite, L. J. (2008). Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 63B: S248-54.
- Laurell, A. C. (1988). La globalización y las políticas de salud. *Nueva Época*, Año 2, No. 4: 39-50.

Levy, B.R., y Banaji, M.R. (2002). Implicit Ageism. En: T.D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons* (pp. 49-75). Cambridge, Estados Unidos: The MIT Press.

Lippman, W. (2003). *La opinión pública*. Madrid: Langre, [1922].

Lopes, V., Oliveira, J., y Falbo, G. (2006). Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco (Elder abuse in Camaragibe, Pernambuco). *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife*, 6(1), S43-8.

Macinko, J. Montenegro, H. Nebot, C. Etienne, C. y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21(2/3), pp. 73-84.

Mancinas, S. (Coor). (2012). *El olvido de los años. Envejecimiento, violencia y políticas sociales*, UANL Y Clave Editorial, México.

Martínez, M.R, Morgante, M. G, y Remorini, C. (2010). “Etnografía, curso vital y envejecimiento. Aportes para una revisión de categorías y modelos”, *Perspectivas en Psicología*, 13: 33-52.

Menéndez, E. L. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico*, Vol. 24, No. 96 (Jan. - Mar.): 593-604.

Mercer, H. (1984). Hospitales y práctica médica en la ciudad de México. *Estudios Sociológicos* II:2-3. pp. 335-349.

Mihaljcic, T. y Lowndes, G. (2013). Individual and Community Attitudes Toward Financial Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 25: 183-203.

Minayo, M.C. de S. y Souza, E.R. (1998). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde— Manguinhos*, IV(3): 513-531.

Minayo, M. C. (2003). Violência contra idoso: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública*, 19(3): 783-791.

Minayo M.C, “Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud” *Salud Colectiva*, 4(1), 2008: 5-8.

Minkler, M. y Cole, T. (1991), “Political and Moral Economy: Not Such Strange Bedfellows”, en Meredith Minkler y Carroll Estes, *Critical Perspectives on Aging: The Political and Moral Economy of Growing Old*, Nueva York, Baywood Publishing Company, pp . 42-49.



Morgante, M., Remorini, C. y Esnaola, F. (2007) "Etnografía de la vejez. Una experiencia educativa con adultos mayores", Experiencias en extensión, en [http://www.fcnyu.unlp.edu.ar/uploads/docs/experiencia\\_3\\_2007.pdf](http://www.fcnyu.unlp.edu.ar/uploads/docs/experiencia_3_2007.pdf)

Muñoz Cobos, F., Burgos Varo M.L., Carrasco Rodriguez, A., Martín Carretero M.L., Río Ruiz, J., Ortega Fraile, I., y Villalobos Bravo, M. (2009). El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. Atención Primaria, 41(9): 493-500.

Mysyuka, Y. Westendorpa, R. y Lindenberga, J. (2013). Framing abuse: explaining the incidence, perpetuation, and intervention in elder abuse. International Psychogeriatrics. 25(8), 1267-1274.

Niegel, Parton (1996), Social Theory, Social Change and Social Work. Londres, Routledge.

NU, CEPAL. (2009). Envejecimiento y sistemas de cuidados ¿oportunidad o crisis?. CEPAL, Chile.

Olcina, C. (2011). Megaciudades: Espacios de relación, contradicción, conflicto y riesgo. Investigaciones Geográficas, Nº 54: 171 – 201.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud, Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud, Universidades de Toronto y de Ryerson, Ontario, Canadá, Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano. (2002). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol, 37 (6): 332-333.

Organización Mundial de la Salud, UNICEF. (1978). Atención Primaria a la Salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria a la Salud Alma-Ata, URSS, Ginebra 6 – 12 de septiembre 1978.

Palmore, E. (1990). Ageism: Negative and positive. Volume 25. New York: Springer. Series on Adulthood and Aging.

Pansters, W. y Castillo, B. H. (2007). Violencia e inseguridad en la ciudad de México: entre la fragmentación y la politización.

Papadopoulos, A., y Lafontaine, J. (2000). Elder Abuse. Therapeutic Perspectives in Practice. United Kingdom: Winslow Press Ltd.

Páramo, P. (2004). Algunos conceptos para una perspectiva optimista de vivir la ciudad. Territorios, No. 11: 91-109.

Phua, D. H., Ng, T., & Seow. E. (2008). Epidemiology of suspected elderly mistreatment in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 49(1), 765–773.

Quilodrán, J. (2008). Los cambios en la familia vistos desde la demografía: una breve reflexión. *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 23, No. 1 (67): 7-20.

Quiroga, L. P., Wagemann B. H., Torres A. G. (2001). Caracterización y frecuencia del maltrato a adultos mayores en áreas urbanas. *Cuad Med. Soc. Santiago de Chile*, 42(1/2), pp. 30-35.

Reinharz, S. (1986). Loving and Hating One's Elders: Twin Themes in Legend and Literature. En *Elder Abuse: Conflict in the Family*. Editado por K. A. Pillemer y R. S. Wolf. Dover, Mass.: Auburn House, pp. 25-48.

Riveros, R.M. (2006). Índices y subíndices de malos tratos en los adultos mayores. Asunción-Paraguay: Facultad de Ciencias Médicas-UNA.

Roberts. R.E.L., Bengtson, V.L. (1990). Is intergenerational solidarity a unidimensional construct) A second test of a formal model. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, S12–S20.

Robles, L. (2014). Una vida cuidando a los demás. Una 'carrera' de vida en ancianas cuidadoras", en *Reunión de Expertos en Redes Sociales de apoyo a las Personas Adultas Mayores: El rol del Estado, la familia y la comunidad, 2003*, en [www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALIDO19.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALIDO19.pdf), consultado el 1 de septiembre de 2014.

Robles. S. L. (2001). El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento. *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 16, No. 3 (48) (Sep. - Dec.), pp. 561-584.

Romero, R. (2005). Discriminación y adultos mayores: un problema mayor. *El Cotidiano*, 134, 56–63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32513408>. consultado el 1 de septiembre de 2014.

Ruelas, G. y Salgado de Snyder N. (2009). Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. *Rev Chil Salud Pública*, Vol 13 (2): 90-99.

Sánchez, P. C. (2004). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas, Tesis Doctoral, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Málaga, España.

Schiamburg, L. B., Gans, D. (2000). Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the

intergenerational character of quality of life. *Int´L. J. Ageing and Human Development*, 50(4), pp. 329-359.

Secretaría de Salud del DF, Agenda Estadística 2013. Dirección de Información en Salud, 2014. [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/agenda2013\\_portal/INDEX.html](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/agenda2013_portal/INDEX.html), consultado 23 de febrero de 2015.

Secretaría de Salud. (2012). Programa Nacional de Salud 2007-2012, México 2007. [file:///C:/Users/Liliana/Downloads/PROGRAMA\\_NACIONAL\\_SALUD%202007%202012.pdf](file:///C:/Users/Liliana/Downloads/PROGRAMA_NACIONAL_SALUD%202007%202012.pdf), consultado 22 de octubre de 2014.

Smith, H. E. (1962). El concepto de 'institución': usos y tendencias. *Revista de Estudios Políticos*, no. 125: 93-104.

Silverstein, M., Gans, D., Yang, F. M. (2006). Intergenerational Support to Aging Parents. The Role of Norms and Needs. *Journal of Family Issues*, 27(8):1068-1084.

Stearns, P. J. (1986). Old Age Family Conflict: The Perspective of the Past. En *Elder Abuse: Conflict in the Family*. Editado por K. A. Pillemer y R. S. Wolf. Dover, Mass.: Auburn House, pp. 3-24.

Thornton, J. E. (2002). Myths of Aging or Ageist Stereotypes. *Educational Gerontology*, 28(4), 301-312.

Valdés, C. (2007). Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar, México: Editorial El Manual Moderno.

Victor, C.R. (1987), *Old Age in Modern Society*. Londres: Chapman Hall.

von Glaserfeld, E. (1995). *Radical Constructivism. A Way of Knowing and Learning*. London: Falmer Press.

Wirth, L. (1988). El urbanismo como modo de vida (pp. 162-182). En M. Bassols et. al, *Antología de sociología urbana*, México, UNAM, México.

Wirth, L., (2005). El urbanismo como modo de vida. *Bifurcaciones*, Otoño (2), Santiago de Chile.

Wolf. S.R., Pillemer, K.A. (1989). *Helping Elderly Victims. The Reality of Elder Abuse*, Nueva York, Columbia University Press.

Zizek, S. (2009). *Sobre la violencia. Seis reflexiones marginales*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 288 p.

## Páginas Web

“Conclusiones. Segundo Foro Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Ciudad de México, 3 al 6 de Junio de 2014”, <http://www.adultomayor.df.gob.mx/cepal2014/estenograficas/Conclusiones.pdf>, consultado el 7 de agosto de 2014.

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2011). Panorama de violencia contra las mujeres en Estados Unidos Mexicanos: ENDIREH 2011. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México, 2011, [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvineqi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/EUM/702825051266\\_1.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvineqi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/EUM/702825051266_1.pdf), consultado el 22 de julio de 2014.

INEGI. *Panorama de violencia contra las mujeres en México*, ENDIREH 2011. INEGI, 2013, en: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvineqi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvineqi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf), consultado el 28 de agosto de 2014,

“Institution”, *Online Dictionary of the Social Sciences*, <http://bitbucket.icaap.org/dict.pl>, consultado el 25 de agosto de 2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA-1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios Para la atención Médica de la Violencia Familiar. Diario Oficial de la Federación, 8 de marzo de 2000, [http://indesol.gob.mx/descargas/marco%20normativo/disposicion\\_4.pdf](http://indesol.gob.mx/descargas/marco%20normativo/disposicion_4.pdf), consultado el 18 de julio de 2014.

“¿Quién es el Adulto Mayor?”, <http://www.adultomayor.df.gob.mx/documentos/quienes.php>, Consultado el 5 de agosto de 2014.

“[What is FILIAL RESPONSIBILITY? definition of FILIAL RESPONSIBILITY \(Psychology Dictionary\)](http://psychologydictionary.org/filial-responsibility/)”, <http://psychologydictionary.org/filial-responsibility/> title="FILIAL RESPONSIBILITY">FILIAL RESPONSIBILITY</a>, consultado el 19 de agosto de 2014.

## **ANEXO 1. Entrevistas semi-estructuradas a Profesionales de la salud**

Título de la Investigación: **“Vejez y violencia: una propuesta integral de atención para un servicio de salud”**.

La presente investigación busca analizar las percepciones y las prácticas de los profesionales de la salud sobre el proceso de atención de personas adultas mayores en situación de violencia, así como, las percepciones de los pacientes adultos mayores y de sus familiares y/o cuidadores con relación a la atención y a la violencia, para elaborar un protocolo de atención integral que incorpore estrategias y acciones a desarrollar para su detección, evaluación, orientación y seguimiento.

### **1. Datos biográficos**

- 1.1. Edad
- 1.2. Sexo
- 1.3. Estado civil
- 1.4. Lugar de nacimiento (estado/país)
- 1.5. Delegación y colonia de residencia
- 1.6. Cargo actual en el Centro de Salud
- 1.7. Tiempo que lleva trabajando en el Centro de Salud
- 1.8. Otros trabajos que realiza actualmente

### **2. Antecedentes profesionales**

- 2.1. Formación profesional
- 2.2. Motivos que lo/la llevaron a escoger la carrera
- 2.3. Cursos y especializaciones
- 2.4. Capacitaciones en geriatría y/o gerontología
- 2.5. Tiempo de ejercicio de la profesión

### **3. Trabajo con personas adultas mayores**

- 3.1. Tiempo que lleva trabajando con personas adultas mayores  
¿Cómo o en qué circunstancias se da la posibilidad de venir a trabajar con adultos mayores?  
¿Pudo usted elegir?
- 3.2. Percepciones sobre las diferencias de trabajar con personas adultas mayores respecto de otros grupos de edad:  
¿Cómo ha sido su experiencia al trabajar con adultos mayores?  
¿Cuál es la particularidad de atender a adultos mayores?  
¿Qué dificultades y qué ventajas representa en comparación con el trabajo con otros grupos de edad?

- 3.3. Percepciones sobre problemáticas (Psicosociales) cuando se trabaja con personas mayores:  
Los médicos (profesionales de la salud: médicos/trabajadoras sociales/etc) viven expuestos a grandes cargas de trabajo y de estrés, ¿considera que esto puede acentuarse o reducirse al trabajar con adultos mayores?  
¿Considera que hay alguna problemática psicosocial relacionada con el trabajo con adultos mayores (estrés, insatisfacción laboral, cansancio, etc.)? o ¿Cuáles problemáticas (Psicosociales) son más frecuentes cuando se trabaja con personas mayores?

#### **4. Vejez**

- 4.1. Percepciones sobre la vejez:  
Para usted, ¿qué significa ser un adulto mayor? ¿Qué define o distingue a alguien como adulto mayor? ¿Qué es la vejez?
- 4.2. Opinión sobre las personas adultas mayores que atiende en el Servicio de Salud:  
En términos generales ¿Cuáles son las principales características de los adultos mayores que atiende en este servicio de salud?  
¿Hay alguna particularidad en los adultos mayores que atiende este Centro de Salud?
- 4.3. Opinión sobre la estigmatización de las personas adultas mayores:  
En general, ¿cómo cree que las personas perciben a los adultos mayores en nuestra sociedad?  
¿Hay ideas negativas sobre los adultos mayores? ¿Usted considera que hay algo de justificado en estas ideas?
- 4.4. Creencias sobre la salud física y mental en la vejez:  
¿De qué manera afecta el envejecimiento a la salud física y mental?  
Del total de personas adultas mayores que viven en México, sabe usted, aproximadamente ¿cuántos adultos mayores tienen problemas de salud mental?
- 4.5. Creencias sobre el carácter-personalidad y motivación-social de las personas adultas mayores: ¿Considera que el envejecimiento afecta el carácter y la personalidad de los adultos mayores? ¿Considera que hay actividades que los adultos mayores no pueden o no deben realizar por su edad? ¿Por qué?

#### **5. Experiencia profesional con relación a la violencia familiar hacia las personas adultas mayores**

- 5.1. Conocimiento sobre la violencia hacia personas adultas mayores:  
Usted considera ¿que al igual que los niños y las mujeres los adultos mayores sufren violencia intrafamiliar?  
¿Qué conductas consideraría usted como violentas hacia un adulto mayor?  
¿Ha tenido que atender casos de violencia contra adultos mayores? ¿Cuál es su experiencia en relación a esta cuestión? ¿Cómo logra llegar a identificar estos

- casos de violencia? ¿En alguno de estos casos hubo familiares responsables de la violencia?
- 5.2. Principales causas y consecuencias de la violencia hacia personas adultas mayores:  
¿Cuáles cree usted que son las causas de la violencia contra los adultos mayores?  
¿Cómo afecta la violencia familiar al adulto mayor?
  - 5.3. Conocimiento de los elementos / factores que están presentes en la familia para que se de violencia hacia las personas adultas mayores:  
En su concepto, ¿qué situaciones en el hogar podrían causar violencia contra los adultos mayores?
  - 5.4. Discursos e ideologías que promueven los profesionales de la salud a la hora de identificar y diagnosticar violencia hacia personas adultas mayores:  
Si usted debe atender a un adulto mayor que sospeche que ha sido víctima de violencia, ¿Qué haría? ¿Qué recomendaciones o consejos le daría?  
¿Cómo afecta la violencia familiar hacia las personas mayores a su práctica profesional? ¿Por qué?
  - 5.5. Herramientas utilizadas:  
¿Qué herramientas utiliza para identificar casos de violencia contra adultos mayores?  
¿Qué situaciones le harían sospechar de violencia hacia un adulto mayor?
  - 5.6. Atención de la violencia a partir de un caso de sospecha o detección:  
Me podría contar, en caso de sospecha ¿cómo atiende o atendería usted un caso de violencia hacia un adulto mayor?
  - 5.7. Manejo en el ambiente de trabajo de los casos de violencia hacia las personas adultas mayores:  
En este servicio de salud ¿se sigue algún procedimiento específico para manejar los casos de violencia hacia los adultos mayores?
  - 5.8. Identificación de barrera a la hora de atención de la violencia:  
¿Qué obstáculos o dificultades enfrenta usted a la hora de atender un caso de violencia hacia un adulto mayor?
  - 5.9. Consecuencias de la violencia intrafamiliar para las personas mayores:  
¿Qué consecuencias cree que puede tener la violencia hacia los adultos mayores?
  - 5.10. Percepción de la forma como afecta la violencia hacia personas adultas mayores a la práctica profesional:  
¿Considera que los casos de violencia hacia los adultos mayores pueden afectar la práctica profesional de los (mencionar el tipo de profesional de la salud: médicos, trabajadora social, etc.)? ¿Usted se ha sentido afectado (a) por estos casos?
  - 5.11. Conocimiento de las normas oficiales, de la guía de práctica clínica:  
¿Conoce normas oficiales para el tratamiento de casos de violencia hacia los adultos mayores? ¿Conoce la guía de práctica clínica para atender este tipo de casos?
  - 5.12. Conocimiento de servicios sociales internos y externos al Servicio de Salud:

¿Tiene conocimiento de servicios sociales que brinde este Centro de Salud para tratar casos de violencia hacia adultos mayores?

¿Conoce servicios sociales externos a este Centro de Salud que puedan atender estos casos de violencia?

5.13. Sugerencias para la atención integral de la violencia hacia personas adultas mayores:

Desde su punto de vista, ¿Qué necesitan los profesionales de la salud para atender de manera integral los casos de violencia hacia personas adultas mayores?

¿Qué sugerencias haría usted a otros colegas y al personal de los centros de salud para atender los casos de violencia hacia personas adultas mayores?

¿De qué manera considera que se podría reducir esta problemática?



## **ANEXO 2. Entrevistas semi-estructuradas a Pacientes Adultos Mayores**

Título de la Investigación: **“Vejez y violencia: una propuesta integral de atención para un servicio de salud”**.

La presente investigación busca analizar las percepciones y las prácticas de los profesionales de la salud sobre el proceso de atención de personas adultas mayores en situación de violencia, así como, las percepciones de los pacientes adultos mayores y de sus familiares y/o cuidadores con relación a la atención y a la violencia, para elaborar un protocolo de atención integral que incorpore estrategias y acciones a desarrollar para su detección, evaluación, orientación y seguimiento.

### **1. Datos biográficos**

- 1.1. Edad
- 1.2. Sexo
- 1.3. Estado civil
- 1.4. Escolaridad
- 1.5. Lugar de nacimiento (estado/país)
- 1.6. Delegación y colonia de residencia
- 1.7. Tipo de inmueble (propio, arrendado, etc.)
- 1.8. Tiempo que tarda y medios utilizados para llegar al Centro de Salud
- 1.9. Tiempo de vivir en la ciudad
- 1.10. Actividad laboral, ocupación
- 1.11. Información de las personas con las que vive: ¿Con qué personas vive? ¿A qué se dedican?
- 1.12. Estado de salud (presencia de enfermedades / tratamientos que se hace): ¿Cuál es su estado de salud actual? ¿Qué tratamientos se está realizando en la actualidad? ¿Cada cuánto tiempo acude al Centro de Salud? De estos tratamientos, ¿cuáles se está realizando en este Centro de Salud?

### **2. Institución**

- 2.1. Seguridad social: ¿Está usted afiliado(a) a la seguridad social? ¿A qué institución?
- 2.2. Relación de la persona adulta mayor con la Institución:  
¿Por qué motivos se está haciendo atender en esta institución?
- 2.3. Tiempo como usuario:  
¿Cuánto tiempo lleva afiliado a esta institución? ¿Hace cuánto tiempo acude a este Centro de Salud?
- 2.4. Servicios recibidos:  
Además de los tratamientos que se realiza en este Centro de Salud, ¿acude a éste por otras razones?
- 2.5. Personas familiares y no familiares que le acompañan:  
Generalmente ¿Con quién acude a sus citas y tratamientos? ¿Hoy quien lo acompaña?
- 2.6. Percepción sobre los servicios que recibe:  
¿Cómo le parecen los servicios que recibe en el Centro de Salud?

¿Cómo le parece la atención del personal (médico y administrativo) del Centro de Salud?

¿Siente que puede hablar cualquier tema que le preocupe, con el personal de salud?

¿Considera que el personal de salud de este Centro es receptivo, amable y atento a las situaciones que afectan su salud?

¿El personal del Centro se preocupa por conocer situaciones psicológicas y sociales más allá de su problema de salud?

### **3. Vejez**

#### **3.1. Percepciones sobre la vejez:**

Para usted, ¿qué define o distingue a alguien como adulto mayor?

¿Qué significa ser un adulto mayor? o ¿Qué significa la vejez o ser viejo?

¿Usted se considera una persona adulta mayor?

#### **3.2. Opinión sobre la estigmatización de las personas adultas mayores:**

¿Cómo cree que las demás personas perciben a los adultos mayores?

¿Considera que las personas tienen ideas negativas sobre los adultos mayores?

¿Usted considera que recibe un trato diferente por ser adulto mayor? ¿Cómo es ese trato?

#### **3.3. Creencias sobre la salud física y mental en la vejez:**

¿Considera que el envejecimiento afecta la salud física y mental de las personas?

¿De qué manera?

#### **3.4. Creencias sobre el carácter-personalidad y motivación-social de las personas adultas mayores: ¿Considera que el envejecimiento afecta el carácter y la personalidad de los adultos mayores?**

¿Cree que hay actividades que los adultos mayores no pueden o no deben realizar?

¿Por qué?

### **4. Violencia**

#### **4.1. Conocimiento sobre la violencia**

¿Usted considera que los adultos mayores sufren violencia en el ámbito familiar?

¿Qué conductas consideraría usted como violentas hacia un adulto mayor?

#### **4.2. Conocimiento sobre la violencia hacia personas adultas mayores:**

¿Qué piensa acerca de la violencia familiar hacia las personas mayores?

¿Conoce usted casos de violencia contra adultos mayores?

¿Me podría hablar un poco sobre esos casos?

¿En alguno de estos casos hubo familiares responsables de la violencia?

#### **4.3. Principales causas y consecuencia de la violencia hacia personas adultas mayores:**

¿Cuáles cree usted que son las causas de la violencia contra los adultos mayores?

¿Cuáles son las consecuencias de la violencia intrafamiliar para las personas mayores?

#### **4.4. Opinión sobre las situaciones de la vida que son facilitadoras de violencia familiar hacia las personas adultas mayores:**

¿Qué situaciones en el hogar podrían causar violencia contra los adultos mayores?

#### **4.5. Conocimiento de alguna ley, política o programas para atender casos de violencia hacia personas adultas mayores:**

¿Sabe si hay leyes o programas del gobierno para atender estos casos de violencia?

- 4.6. Conocimiento sobre los lugares a donde acudir en caso de violencia:  
Si usted fuera víctima de violencia, ¿a quién o a dónde acudiría? ¿A dónde recomendaría acudir a alguien que esté pasando por una situación de violencia? En los casos de violencia que conoce, ¿sabe a quién acudieron las víctimas? ¿Sabe si denunciaron el caso ante alguna autoridad?
- 4.7. Conocimiento de alguna publicidad o forma de orientación sobre este tema:
- 4.8. ¿Ha visto publicidad que lo(a) oriente sobre a quién acudir en caso de violencia?  
¿Ha visto publicidad contra la violencia hacia los adultos mayores?
- 4.9. Percepciones sobre la denuncia:  
¿Usted considera que puede ser útil denunciar la violencia hacia los adultos mayores?
- 4.10. Opinión sobre las barreras y facilitadores para hablar sobre la violencia con los profesionales de la salud:  
¿Siente que sería posible hablar con el personal médico sobre una situación de violencia? ¿Siente que hay obstáculos o dificultades para tratar el tema con el personal médico?
- 4.11. Percepción sobre las consecuencias de la violencia familiar hacia las personas adultas mayores:  
¿Qué consecuencias cree que puede tener la violencia hacia los adultos mayores?
- 4.12. Recomendaciones para los profesionales de la salud en la atención de personas adultas mayores y familias que enfrentan situaciones de violencia en su vida cotidiana:  
¿Le haría alguna recomendación al personal médico para atender a adultos mayores que sufran situaciones violentas?

## **5. Experiencia de violencia**

- 5.1. Experiencia de violencia:  
¿Usted ha sufrido alguna forma de violencia por ser adulto(a) mayor? y en el ámbito familiar?
- 5.2. Descripción de la violencia:  
Si ha sufrido alguna forma de violencia en el ámbito familiar por ser adulto mayor, ¿podría contarme un poco sobre esa experiencia? ¿Dónde ocurrió?
- 5.3. Percepciones sobre las razones por las cuales se dio la violencia:  
¿Por qué cree que ocurrió esta situación violenta?
- 5.4. Consecuencias de la violencia:  
Para usted, ¿qué consecuencias tuvo esta situación?
- 5.5. Reconocimiento y enfrentamiento de la violencia:  
¿Cómo enfrentó usted esta situación?
- 5.6. Comunicación de la violencia:  
¿Habló con alguien acerca de esta experiencia?
- 5.7. Violencia y los profesionales de la salud:  
¿Recibió algún tipo de atención médica o psicológica debido a esta experiencia?  
¿Comentó esta situación con el personal médico?

### **ANEXO 3. Entrevistas semi-estructuradas a Familiares y/o cuidadores**

Título de la Investigación: **“Vejez y violencia: una propuesta integral de atención para un servicio de salud”**.

La presente investigación busca analizar las percepciones y las prácticas de los profesionales de la salud sobre el proceso de atención de personas adultas mayores en situación de violencia, así como, las percepciones de los pacientes adultos mayores y de sus familiares y/o cuidadores con relación a la atención y a la violencia, para elaborar un protocolo de atención integral que incorpore estrategias y acciones a desarrollar para su detección, evaluación, orientación y seguimiento.

#### **1. Datos biográficos**

- 1.1. Edad
- 1.2. Sexo
- 1.3. Estado civil
- 1.4. Escolaridad
- 1.5. Lugar de nacimiento (estado/país)
- 1.6. Colonia y delegación de residencia
- 1.7. Tipo de inmueble (propio, arrendado, etc.)
- 1.8. Tiempo que tarda y medios utilizados para llegar al Centro de Salud
- 1.9. Tiempo que conoce y que convive con la persona adulta mayor: ¿Cuál es su vínculo con el adulto mayor al que acompaña? ¿Desde hace cuánto tiempo se conocen?
- 1.10. Tiempo de vivir en la ciudad
- 1.11. Actividad laboral, ocupación
- 1.12. Seguridad social: ¿Está usted afiliado(a) a la seguridad social? ¿A qué institución?
- 1.13. Estado de salud (presencia de enfermedades / tratamientos que se hace): ¿Cuál es su estado de salud actual? ¿Se realiza algún tratamiento médico en la actualidad?

#### **2. Vejez**

- 2.1. Percepciones sobre la vejez:  
Para usted, ¿qué define o distingue a alguien como adulto mayor? ¿Qué significa ser un adulto mayor? ¿Qué significa ser viejo?
- 2.2. Opinión sobre las personas adultas mayores:  
¿Considera que tiene ventajas o desventajas ser adulto mayor? ¿Cuáles?
- 2.3. Opinión sobre la estigmatización de las personas adultas mayores:  
¿Considera que las personas tienen ideas negativas sobre los adultos mayores?  
¿Qué tipo de ideas?  
¿Usted considera que un adulto mayor debería recibir un trato diferente?
- 2.4. Conocimiento de las necesidades de la persona adulta mayor:  
¿Considera que los adultos mayores tienen necesidades distintas a las de otras personas? ¿Cuáles?
- 2.5. Creencias sobre la salud física y mental en la vejez:  
¿Considera que el envejecimiento afecta la salud física y mental de las personas?  
¿De qué manera

- 2.6. Creencias sobre el carácter-personalidad y motivación-social de las personas adultas mayores: ¿Considera que el envejecimiento afecta el carácter y la personalidad de los adultos mayores?  
¿Cree que hay actividades que los adultos mayores no pueden o no deben realizar?  
¿Por qué?

### **3. Relación del familiar y/o cuidador con la persona mayor**

- 3.1. Implicaciones de que haya una persona adulta mayor en el hogar:  
Para usted, ¿qué implica que haya un adulto mayor en casa? ¿Hay ventajas o desventajas? ¿Cuáles?
- 3.2. Problemas que enfrentan las personas adultas mayores en las relaciones familiares:  
¿Qué conflictos ha visto usted entre adultos mayores y el resto de su familia?
- 3.3. Descripción del apoyo que brinda a la persona adulta mayor:  
¿Qué ayuda le brinda usted al adulto mayor al que acompaña?
- 3.4. Tiempo de dedicación a las actividades de apoyo:  
¿Cuánto tiempo invierte en estas tareas (bien sea a diario o a la semana, según el caso)?
- 3.5. Compatibilidad de las actividades de cuidado con las demás actividades:  
¿Tiene otras ocupaciones que le dificulten el cuidado al adulto mayor al que acompaña? Cuando estas ocupaciones coinciden con el tiempo que le dedica al adulto mayor, ¿de qué manera lo resuelve?

### **4. Violencia**

- 4.1. Conocimiento sobre la violencia hacia personas adultas mayores:  
¿Qué conductas consideraría usted como violentas hacia un adulto mayor? y en el ámbito familiar?
- 4.2. Conocimiento sobre los diferentes tipos violencia hacia personas adultas mayores:  
¿Conoce usted casos de violencia en el ámbito familiar contra adultos mayores?  
¿Me podría hablar un poco sobre esos casos?  
¿En alguno de estos casos hubo familiares responsables de la violencia?
- 4.3. Principales causas y consecuencias de la violencia hacia personas adultas mayores:  
¿Cuáles cree usted que son las causas de la violencia contra los adultos mayores?, y las consecuencias?
- 4.4. Opinión sobre las situaciones de la vida que son facilitadoras de violencia familiar hacia las personas adultas mayores:  
¿Qué situaciones en el hogar podrían causar violencia contra los adultos mayores?
- 4.5. Recomendaciones para los profesionales de la salud en la atención de personas adultas mayores y familias que enfrentan situaciones de violencia en su vida cotidiana:  
¿Le haría alguna recomendación al personal médico para atender a adultos mayores que sufran situaciones violentas?  
¿Qué le aconsejaría a un adulto mayor que sufra violencia y a su familia?

## **ANEXO 4. Carta de consentimiento informado para profesionales de la salud**

Justificación y Objetivos: Con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de salud y brindar una mejor atención a los pacientes adultos mayores, las instituciones de salud tienen la obligación de realizar estudios que analicen y evalúen las necesidades de salud de las personas desde una perspectiva integral y dinámica, teniendo en cuenta el contexto social y cultural que afectan no sólo a las personas y a las poblaciones, sino que, inevitablemente, tienen el quehacer de los profesionales de la salud. En este sentido, el presente estudio se propone conocer y analizar las percepciones y las prácticas de los profesionales de la salud sobre el proceso de atención de personas adultas mayores en situación de violencia, así como, las percepciones de los pacientes adultos mayores y de sus familiares y/o cuidadores con relación a la atención a la salud y a la violencia en el ámbito familiar, con el fin de elaborar un protocolo de atención integral que incorpore estrategias y acciones a desarrollar para su detección, evaluación, orientación y seguimiento.

Beneficios: Los resultados de este estudio contribuirán a mejorar la calidad de los servicios de salud y a brindar una mejor atención a los pacientes adultos mayores que viven situaciones de violencia para reducir los efectos de la misma. Asimismo, se desarrollará un protocolo de atención integral de la violencia el cual se acompañará de un programa de capacitación, sensibilización y transformación de imaginarios como son los estereotipos negativos hacia la vejez, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará una entrevista, la cual previo a su consentimiento, será grabada en audio. La entrevista contiene preguntas sobre usted, sobre lo que piensa de la institución y la atención de personas adultas mayores, así como, acerca de lo que piensa sobre la vejez y sobre el tema de la violencia hacia las personas adultas mayores en el ámbito familiar. Respecto a este último, se le preguntará sobre las barreras y estrategias que desde su punto de vistas existen para detectar y atender una situación de violencia en la práctica clínica. La entrevista puede durar entre 45 a 60 minutos.

La entrevista que le realizaremos en ningún momento cuestionará su labor como profesional de la salud y la información que usted nos proporcione contribuirá a diseñar estrategias para brindar un adecuado manejo de los casos de pacientes adultos mayores con situaciones de violencia.

### **Esta parte debe ser completada por el Investigador:**

He explicado al(la) Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza, los propósitos de la investigación, los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado sus preguntas tanto como mi conocimiento me lo permite. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

---

**Mtra. Liliana Giraldo Rodríguez**

**Esta parte debe ser completada por el participante:**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. He leído y comprendo la información relativa al estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Por ello, mi decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, si decido participar en el estudio puedo retirarme en el momento que lo desee. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para mí en caso de no aceptar la invitación, no tendré que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibiré pago por mi participación.

La información obtenida en este estudio en especial la referente a mis datos personales, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores y resguardada en la Institución.

Lugar, fecha y hora: \_\_\_\_\_.

Acepto participar en el estudio de investigación: **Vejez y violencia: una propuesta integral de atención para un servicio de salud.**

Sí (  )                      No (  )

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del participante y/o de la  
persona responsable o tutor**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del testigo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del testigo**

En caso de dudas o aclaraciones referente al estudio comunicarse con el investigador responsable: Mtra. Liliana Giraldo Rodríguez, Investigador en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Geriátría, Periférico Sur No. 2767, Col. San Jerónimo Lídice, Del. Magdalena Contreras, Distrito Federal. Teléfono 50621600 y 50621700 Extensión 59520. Correo electrónico: [martha.giraldo@salud.gob.mx](mailto:martha.giraldo@salud.gob.mx)

En caso de dudas sobre sus derechos como participante del estudio, usted tiene acceso al Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Geriátría a través de la Secretaria del Comité. Mtra. Beatriz Mena Montes correo electrónico: [inger.cei@gmail.com](mailto:inger.cei@gmail.com) Tel. 50621700 Ext. 59521.

*(La información obtenida en este estudio sobre la identidad del participante así como todos los datos personales, representan información confidencial, de conformidad con el artículo 18, 19 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Gubernamental.)*

**Entregar una copia firmada y fechada de esta forma de Consentimiento Informado al Profesional de la Salud.**

## **ANEXO 5. Carta de consentimiento informado para personas adultas mayores**

Justificación y Objetivos: Con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de salud y brindar una mejor atención a los pacientes adultos mayores, las instituciones de salud tienen la obligación de realizar estudios que analicen y evalúen las necesidades de salud de las personas desde una perspectiva integral y dinámica, teniendo en cuenta el contexto social y cultural que afectan no sólo a las personas y a las poblaciones, sino que, inevitablemente, tienen el quehacer de los profesionales de la salud. En este sentido, el presente estudio se propone conocer y analizar las percepciones y las prácticas de los profesionales de la salud sobre el proceso de atención de personas adultas mayores en situación de violencia, así como, las percepciones de los pacientes adultos mayores y de sus familiares y/o cuidadores con relación a la atención a la salud y a la violencia en el ámbito familiar, con el fin de elaborar un protocolo de atención integral que incorpore estrategias y acciones a desarrollar para su detección, evaluación, orientación y seguimiento.

Beneficios: Los resultados de este estudio contribuirán a mejorar la calidad de los servicios de salud y a brindar una mejor atención a los pacientes adultos mayores que viven situaciones de violencia para reducir los efectos de la misma. Asimismo, se desarrollará un protocolo de atención integral de la violencia el cual se acompañará de un programa de capacitación, sensibilización y transformación de imaginarios como son los estereotipos negativos hacia la vejez, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará una entrevista la cual, previo a su consentimiento, será grabada en audio. La entrevista contiene preguntas sobre usted, sobre lo que piensa respecto a la atención y a los servicios que recibe en esta institución, así como, acerca de lo que piensa sobre la vejez y sobre el tema de la violencia hacia las personas adultas mayores en el ámbito familiar. Respecto a este último, se le preguntará sobre las barreras y estrategias que desde su punto de vistas existen para hablar de una situación de violencia con un profesional de la salud. La entrevista puede durar entre 45 y 60 minutos.

Las preguntas que realizaremos durante la entrevista pueden generar cambios en el estado de ánimo, quizá algunas preguntas le traigan malos recuerdos y usted debe sentirse en libertad de tomarse su tiempo para responder o negarse a responder, si así lo desea. Puede presentarse algunas afectaciones emocionales resultantes de una situación de violencia. Si este es el caso,

### **Esta parte debe ser completada por el Investigador:**

He explicado al(la) Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza, los propósitos de la investigación, los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado sus preguntas tanto como mi conocimiento me lo permite. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

---

**Mtra. Liliana Giraldo Rodríguez**



**Esta parte debe ser completada por el participante:**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. He leído y comprendo la información relativa al estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Por ello, mi decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, si decido participar en el estudio puedo retirarme en el momento que lo desee. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para mí en caso de no aceptar la invitación, no tendré que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibiré pago por mi participación.

La información obtenida en este estudio en especial la referente a mis datos personales, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores y resguardada en la Institución.

Lugar, fecha y hora: \_\_\_\_\_.

Acepto participar en el estudio de investigación: **Vejez y violencia: una propuesta integral de atención para un servicio de salud.**

Sí ( )                      No ( )

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del participante y/o de la  
persona responsable o tutor**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del testigo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del testigo**

En caso de dudas o aclaraciones referente al estudio comunicarse con el investigador responsable: Mtra. Liliana Giraldo Rodríguez, Investigador en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Geriatria, Periférico Sur No. 2767, Col. San Jerónimo Lídice, Del. Magdalena Contreras, Distrito Federal. Teléfono 50621600 y 50621700 Extensión 59520. Correo electrónico: [martha.giraldo@salud.gob.mx](mailto:martha.giraldo@salud.gob.mx)

En caso de dudas sobre sus derechos como participante del estudio, usted tiene acceso al Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Geriatria a través de la Secretaria del Comité. Mtra. Beatriz Mena Montes correo electrónico: [inger.cei@gmail.com](mailto:inger.cei@gmail.com) Tel. 50621700 Ext. 59521.

*(La información obtenida en este estudio sobre la identidad del participante así como todos los datos personales, representan información confidencial, de conformidad con el artículo 18, 19 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Gubernamental.)*

**Entregar una copia firmada y fechada de esta forma de Consentimiento Informado al paciente adulto mayor.**

## **ANEXO 6. Carta de consentimiento informado para familiares y/o cuidadores**

Justificación y Objetivos: Con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de salud y brindar una mejor atención a los pacientes adultos mayores, las instituciones de salud tienen la obligación de realizar estudios que analicen y evalúen las necesidades de salud de las personas desde una perspectiva integral y dinámica, teniendo en cuenta el contexto social y cultural que afectan no sólo a las personas y a las poblaciones, sino que, inevitablemente, tiñen el quehacer de los profesionales de la salud. En este sentido, el presente estudio se propone conocer y analizar las percepciones y las prácticas de los profesionales de la salud sobre el proceso de atención de personas adultas mayores en situación de violencia, así como, las percepciones de los pacientes adultos mayores y de sus familiares y/o cuidadores con relación a la atención a la salud y a la violencia en el ámbito familiar, con el fin de elaborar un protocolo de atención integral que incorpore estrategias y acciones a desarrollar para su detección, evaluación, orientación y seguimiento.

Beneficios: Los resultados de este estudio contribuirán a mejorar la calidad de los servicios de salud y a brindar una mejor atención a los pacientes adultos mayores que viven situaciones de violencia para reducir los efectos de la misma. Asimismo, se desarrollara un protocolo de atención integral de la violencia el cual se acompañará de un programa de capacitación, sensibilización y transformación de imaginarios como son los estereotipos negativos hacia la vejez, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará una entrevista la cual, previo a su consentimiento, será grabada en audio. La entrevista contiene preguntas sobre usted, sobre lo que piensa respecto a la vejez, a las relaciones familiares, así como, acerca de lo que piensa sobre el tema de la violencia hacia las personas adultas mayores en el ámbito familiar. Respecto a este último, se le preguntará sobre las barreras y estrategias que desde su punto de vistas existen para hablar de una situación de violencia con un profesional de la salud. La entrevista puede durar entre 45 y 60 minutos.

Las preguntas que realizaremos durante la entrevista pueden generar cambios en el estado de ánimo, quizá algunas preguntas le traigan malos recuerdos y usted debe sentirse en libertad de tomarse su tiempo para responder o negarse a responder, si así lo desea.

### **Esta parte debe ser completada por el Investigador:**

He explicado al(la) Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza, los propósitos de la investigación, los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado sus preguntas tanto como mi conocimiento me lo permite. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

---

**Mtra. Liliana Giraldo Rodríguez**

**Esta parte debe ser completada por el participante:**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. He leído y comprendo la información relativa al estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Por ello, mi decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, si decido participar en el estudio puedo retirarme en el momento que lo desee. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para mí en caso de no aceptar la invitación, no tendré que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibiré pago por mi participación.

La información obtenida en este estudio en especial la referente a mis datos personales, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores y resguardada en la Institución.

Lugar, fecha y hora: \_\_\_\_\_.

Acepto participar en el estudio de investigación: **Vejez y violencia: una propuesta integral de atención para un servicio de salud.**

Sí ( )                      No ( )

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del participante y/o de la  
persona responsable o tutor**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del testigo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del testigo**

En caso de dudas o aclaraciones referente al estudio comunicarse con el investigador responsable: Mtra. Liliana Giraldo Rodríguez, Investigador en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Geriatria, Periférico Sur No. 2767, Col. San Jerónimo Lídice, Del. Magdalena Contreras, Distrito Federal. Teléfono 50621600 y 50621700 Extensión 59520. Correo electrónico: [martha.giraldo@salud.gob.mx](mailto:martha.giraldo@salud.gob.mx)

En caso de dudas sobre sus derechos como participante del estudio, usted tiene acceso al Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Geriatria a través de la Secretaria del Comité. Mtra. Beatriz Mena Montes correo electrónico: [inger.cei@gmail.com](mailto:inger.cei@gmail.com) Tel. 50621700 Ext. 59521.

*(La información obtenida en este estudio sobre la identidad del participante así como todos los datos personales, representan información confidencial, de conformidad con el artículo 18, 19 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Gubernamental.)*

**Entregar una copia firmada y fechada de esta forma de Consentimiento Informado al participante.**

## ANEXO 7. Características de las personas entrevistadas por Centro de Salud

Personas entrevistadas	Dr. Manuel Pesqueira (Iztacalco)	Dr. Guillermo Román Carrillo (Iztapalapa)	Dr. Rafael Ramírez Suárez (Gustavo A. Madero)	Total
<b>Personas adultas mayores</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>80</b>
Mujeres	21	18	14	53
Hombre	8	9	10	27
Programa ADPV	11	14	12	37
Mujeres	7	11	8	26
Hombre	4	3	4	11
Centro de Salud	18	13	12	43
Mujeres	14	7	6	27
Hombre	4	6	6	16
Promedio de edad	74.9	75.2	74.8	75.0
<b>Familiares/cuidadores</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>49</b>
Mujeres	11	13	14	38
Hombre	6	1	4	11
<b>Profesionales de la salud</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>38</b>
Mujeres	6	8	8	22
Hombre	7	5	4	16
<b>Cargo actual en el Centro de Salud</b>				
Medicina familiar o de especialidad	5	4	4	13
Psicología	1	2	1	4
Enfermería	2	3	2	7
Trabajo social	2	3	2	7
Nutrición			1	1
Director del Centro	1		1	2
Archivo	1	1	1	3
Farmacia	1			1
<b>Total de personas entrevistadas por centro de salud</b>	<b>59</b>	<b>54</b>	<b>54</b>	<b>167</b>