



“ADULTO MAYOR Y MALTRATO”

Alumnas: Verónica Del Carmen Baeza Ulloa

Rosa Carolina Poblete Berríos

Profesora Guía: Susana Vallejos Silva

-Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Trabajo Social

-Tesis para optar al Título de Asistente Social

Chile, Santiago 2006.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. Planteamiento del problema.....	5
2 . Pregunta de investigación.....	14
3 . Objetivos de investigación.....	14
4 . Hipótesis de investigación.....	15
5. Diseño Metodológico	
5.1 Enfoque metodológico.....	16
5.2 Tipo de estudio.....	16
5.3 Unidad de análisis.....	17
5.4 Características del universo.....	17
5.5 Técnicas de recolección de datos.....	18
5.6 Plan de análisis.....	19
5.7 Variables.....	20
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	
CAPITULO I: Envejecimiento poblacional y sus características.....	22
1.1 Transición demográfica.....	24
1.2 La transición demográfica y el aumento de la población adulta mayor en América Latina.....	26
1.3 Efectos de la transición demográfica.....	30
1.4 Envejecimiento y feminización.....	32
1.5 Urbanización y envejecimiento.....	34

1.6 Aumento de la esperanza de vida.....	36
CAPITULO II: Pobreza y Adulto Mayor.....	39
2.1 Operacionalización del concepto pobreza.....	42
2.2 Calidad de vida de los adultos mayores pobres.....	43
2.3 Mitos y creencias de esta etapa de la Vida.....	47
CAPITULO III: Familia: núcleo básico de los individuos.....	51
3.1 La familia, características y funciones.....	51
3.2 Enfoque estructural de la familia.....	52
3.3 Los límites en la familia.....	54
3.4 Respuestas del sistema familiar al estrés ambiental.....	55
3.5 Tipos de respuestas a las situaciones estresantes en la familia.....	56
3.6 Funciones de la familia.....	58
3.7 familia, violencia y sus significados.....	61
3.8 La violencia intrafamiliar: un problema social.....	62
3.9 Origen de la violencia humana.....	64
3.10 Concepciones acerca de la etiología de la violencia intrafamiliar....	66
3.11 Condiciones estructurales de la violencia.....	73
CAPITULO IV: Adulto Mayor y Maltrato.....	75
4.1 Conceptualización del maltrato.....	75
4.2 Teorías que explican el maltrato en personas mayores.....	79
4.3 Factores de riesgo.....	82
4.4 Tipos de maltrato a personas mayores.....	87
4.5 Niveles de violencia contra adultos mayores.....	90
4.6 Ámbitos de maltrato hacia los adultos mayores.....	93

SEGUNDA PARTE: MARCO REFERENCIAL

CAPITULO V: Política Nacional para el Adulto Mayor.....99

5.1 Política Nacional.....	101
5.2 Principios inspiradores de la política.....	102
5.3 Objetivos de la política.....	104
5.4 Plan Nacional Conjunto.....	108
5.5 Comité de Ministros para el adulto mayor.....	109
5.6 Fondo de iniciativas de apoyo al adulto mayor.....	111

CAPITULO VI: Caracterización Socioeconómica, de la población adulta Mayor del país116

6.1 Indigencia.....	117
6.1.2 Ingresos.....	117
6.1.3 Actividad económica.....	119
6.1.4 Pasis de vejez o ancianidad.....	120
6.1.5 Educación.....	120
6.1.6 Situación de salud.....	122
6.1.7 Vivienda.....	125

TERCERA PARTE: ANÁLISIS DE LOS DATOS

CAPITULO VII : caracterización de las variables de estudio.....127

7.1 Caracterización Socioeconómica.....128

7.1.1 Antecedentes Generales.....	128
-----------------------------------	-----

7.1.2 Salud.....	136
7.1.3 Vivienda.....	140
7.1.4 Educación.....	143
7.1.5 Participación social.....	146
7.1.6 Redes sociales.....	150
7.1.7 Situación económica.....	154
7.2 Antecedentes sobre el Maltrato.....	159
Tipo de maltrato	
7.2.1 Físico.....	160
7.2.2 Psicológico.....	163
7.2.3 Patrimonial o económico.....	165
7.2.4 Abandono o Negligencia.....	168
CAPITULO VIII: Opinión sobre las intervenciones sociales recibidas	170
8.1 Proceso de recepción y acogida.....	171
8.2 Proceso de tratamiento.....	174
8.3 Resultado del proceso.....	178
Conclusiones.....	181
Reflexiones para el Trabajo Social.....	189
BIBLIOGRAFÍA.....	193
ANEXOS.....	201

INTRODUCCIÓN

En el censo del año 1992, la población adulta mayor de 60 años y más, era de 9,8% con un total de 1.305.557 personas. El censo del año 2002, superó las proyecciones esperadas (10,6%) alcanzando un 11,4%, lo que es equivalente a 1.717.478 personas de más 60 años. Esta transición demográfica conlleva grandes desafíos en el ámbito social para enfrentar en forma integral y adecuada los problemas que pudiesen derivarse del envejecimiento de nuestra población. (CENSO, 2002)

En un país como el nuestro que envejece aceleradamente, estudiar el tema en sus diversas aristas alcanza relevancia debido a que hace una década atrás había al respecto solo desconocimiento e invisibilidad. En relación con el tema del maltrato podemos señalar que, la primera Ley de Violencia Intrafamiliar , 19.325, que fue creada en el año 1994 fue un avance, pero se mostró insuficiente para enfrentar la complejidad y los riesgos de maltrato que aquejaban a las personas mayores, dejando de lado temas como el abandono y el abuso financiero, que son las formas más comunes de maltrato que sufren los adultos mayores en Chile y América Latina.

Hasta ahora, en Chile, no existen instituciones públicas que defiendan y amparen los casos de maltrato hacia este grupo etéreo ya que las acciones se han orientado en su mayoría, a la atención de las mujeres y los niños. Sin embargo, si se suma la escasa denuncia por parte de las víctimas, ya sea por miedo y/o vergüenza de hacer pública esta situación, este problema resulta prácticamente invisible para la sociedad.

Contrariamente a lo que sucede con estas personas, en nuestro país en la Constitución de la República, se asegura el respeto de los derechos de todos los ciudadanos sin distinción, además Chile ha ratificado la Declaración

Universal de los Derechos Humanos, lo que nos indica que para el Estado chileno el tema de la eliminación de la violencia en cualquiera de sus formas debería ser una prioridad. En el año 2002, Chile se ha suscrito a la estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, el cual establece entre sus acuerdos “combatir la violencia, abuso, negligencia y explotación de las personas mayores, estableciendo leyes y normas que penalicen toda forma de maltrato físico, psicológico, emocional y económico” (Comité Nacional para el Adulto Mayor, 2002: 76). Sin embargo, si bien nuestro país se ha suscrito a estos tratados internacionales, éstos no son vinculantes, lo que quiere decir, que los países se suscriben a los acuerdos, pero ello no los obliga a la creación de un cuerpo legal para su cumplimiento.

Respecto del tema que nos convoca en esta tesis, podemos decir que en Chile, existe un escaso reconocimiento del tema de maltrato hacia los adultos mayores. Las pocas investigaciones que se han realizado sobre este tema, coinciden en que este problema afecta a muchas más personas de las que lo reconocen, lo que nos demuestra la necesidad de estudiarlo más en profundidad pues es un problema emergente, de tal manera de saber cuáles son sus dimensiones reales.

Con el propósito de abordar y conocer sobre esta problemática, nos situamos en la comuna de Pudahuel, ya que por prácticas realizadas con anterioridad conocemos el trabajo realizado con este grupo etéreo. De ese modo habíamos establecidos algunas redes que posibilitaron nuestra investigación, lo que nos permitió contar con un espacio físico para realizar nuestras entrevistas y la identificación de los casos de maltrato. Contamos también con el respaldo de las instituciones a las cuales acudimos en busca de estas situaciones ya que se interesaron en nuestro tema de investigación, porque habían evidenciado la existencia de este problema en la comuna, siendo abordada de acuerdo a sus

limitadas posibilidades de acción, principalmente debido a la no existencia de diagnósticos ni de protocolos o modelos de acción para resolver esta grave problemática social.

En los adultos mayores, ésto se reafirma ante el hecho que el maltrato se ha constituido en un tema de relevancia social, transformándose en un problema de salud pública a nivel mundial, tal como lo señala el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS del año 2002, el que indica que 1,6 millones de personas mueren por esta causa al año, además este estudio revela que el 6% de la población Adulta Mayor a nivel mundial ha reportado haber sido víctima de maltrato en alguna ocasión (OMS, 2002).

En nuestro país, la violencia se ha identificado como el tercer problema de prioridad en salud mental debido al elevado número de demandas por atención y tratamiento en los servicios de salud. Durante el año 2004, un total de 539.079 personas fueron víctimas de violencia intrafamiliar, según lo indican los datos recogidos por el Ministerio de Salud en el año 2003. Sin embargo, como ya hemos señalado, existe escaso conocimiento acerca de la magnitud, frecuencia y características del maltrato que afecta a personas mayores. Durante nuestra búsqueda bibliográfica encontramos tres investigaciones publicadas en nuestro país en los últimos años, éstas son: el realizado por Neumann I., en 1997, realizada en base a una muestra de 100 adultos mayores; Lowick –Russell J., en 1998, solo realizada en base a una muestra de 120 mujeres adultas mayores; Quiroga P. y Cols, en 1999, realizada con una muestra de 1.956 personas mayores. Las tres investigaciones nos permitieron un acercamiento a esta materia, sin embargo, los resultados de estos estudios, no se pueden extrapolar a la población total de adultos mayores del país, ya que según sus investigadores, buscaban iniciar una aproximación a la temática del maltrato a personas mayores, a través de una pequeña muestra, no obstante, ellos permitieron evidenciar que el maltrato hacia los adultos mayores

existe y debe ser abordada no solo a través de la investigación sino también de la acción.

A partir de dichas constataciones, en el presente estudio buscamos acercarnos más directamente a los adultos mayores maltratados a través de caracterizar la situación socioeconómica, y el tipo de maltrato del que son víctimas. Así también quisimos conocer su opinión sobre la intervención social recibida en las instituciones en donde se recibió y/o pesquisó su denuncia de maltrato. Ambos objetivos apuntan a mejorar a futuro las acciones que se emprendan con este grupo social.

Con ese propósito, el presente informe de investigación cuenta con las siguientes partes: planteamiento del problema, diseño metodológico y el marco teórico, en donde abordaremos los siguientes capítulos: “Envejecimiento poblacional y sus características”, “Adulto mayor y pobreza”, “Familia, violencia intrafamiliar y adulto mayor” y “Adulto mayor y maltrato”. Luego el marco referencial, contiene los capítulos “Política Nacional del Adulto Mayor” y “Caracterización socioeconómica de la población adulta mayor del país”. Posteriormente se presenta el Análisis de los datos obtenidos a través del trabajo de campo, el cual fue realizado por las alumnas Verónica Baeza Ulloa y Rosa Carolina Poblete Berríos durante el año 2004.

Finalmente, terminaremos esta investigación con las conclusiones y aportes al Trabajo Social en un tema tan sentido como es el que hemos desarrollado.

1. Planteamiento del problema

“El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida, es decir, es una serie de fenómenos o hechos que van ocurriendo en forma continua, a través del tiempo a todos los seres vivos, es parte normal del ciclo vital” (Opazo, 2001: 4). Consiste en una serie de cambios, biológicos, o sea del cuerpo y sus órganos; del sistema psicológico, como la memoria, las respuestas emocionales; y sociales, como es la condición del paso de trabajador activo a jubilado, o de madre a abuela. Sin embargo, “no todas las personas envejecen de la misma forma, la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta” (ibid).

Este proceso de envejecimiento tiene distintas connotaciones a nivel demográfico, es por eso que se hace necesario comprender los cambios significativos que está presentando la población chilena, en relación al crecimiento de la población adulta mayor, el cual se explica como el resultado del descenso de las tasas de mortalidad y el cambio en las pautas de fecundidad desde la década de los 70 en adelante, propiciando por tanto, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de mortalidad. En cuanto a la esperanza de vida, en los hombres y mujeres en la actualidad es aproximadamente 73 y 79 años de edad respectivamente, tal como se aprecia en el cuadro que mostramos a continuación.

Cuadro N° 1
CHILE, ESPERANZA DE VIDA AL NACER

	Hombres	Mujeres
1950	52,9	56,8
1960	55,3	61,0
1970	60,5	66,8
1980	67,4	74,2
1990	71,5	77,4
2000	73,0	79,0

Fuente: INE, 2002

Esta transición demográfica se ha desarrollado en forma lenta, pero sostenida alcanzando cifras muy elevadas para las proyecciones realizadas, como lo indica el siguiente cuadro:

Cuadro N° 2
POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS EN CHILE

Año	Hombres	Mujeres	Total	% Total
1980	260.785	395.045	619.832	5,6%
2000	453.255	637.132	1.090.387	7,2%
2020	894.731	1.168.995	2.603.726	11,0%
2040	1.576.716	2.031.263	3.607.979	16,9%

Fuente: CELADE 2000-2001, estimación y proyecciones oficiales.

En Chile, de acuerdo a los datos obtenidos del censo 2002, la población total de adulto mayor de 60 años y más, es de aproximadamente 1.717.478 personas, equivalente al 11,4% de la población total del país, que alcanza a 15.116.453 personas. Estos datos nos demuestran que la población en estudio ha ido en un

aumento sostenido, razón por la cual en la década de los 90 se vinieron desarrollando una serie de acciones políticas en su favor.

Es así como en nuestro país, el trabajo con adultos mayores se había venido desarrollando hace años por instituciones como Caritas-Chile, Hogar de Cristo, Conapran (Corporación Nacional de Protección a la Ancianidad), entre otras, cuyas líneas de acción son la beneficencia y protección hacia los adultos mayores. Sin embargo, a partir del año 1990 con la llegada del Gobierno de la Concertación y a raíz del cambio demográfico observado, el tema de las personas mayores se puso en el tapete público, creándose una Comisión Nacional para el Adulto Mayor en el año 1995, como órgano asesor del Presidente de la República en la formulación de políticas, planes y programas para esta población emergente.

Para lograr continuidad y trascendencia al trabajo desarrollado por la Comisión, se creó el Comité Nacional para el Adulto Mayor, en Enero de 1996 como órgano asesor del presidente de la República en la implementación de las políticas, planes y programas propuestos por la Comisión Nacional del Adulto Mayor (Diario oficial de la República de Chile, 1996) con los siguientes objetivos:

- Recomendar el orden de prioridad que le parezca aconsejable adoptar en la implementación de los proyectos y programas propuestos en el informe de la Comisión.
- Estudiar, analizar y proponer al presidente de la República fórmulas concretas para llevar adelante, cuya ejecución el informe recomienda u otras nuevas que surjan de estudios efectuados por el comité.
- Sugerir alternativas de acción que consideren una eficiente y eficaz puesta en marcha en diversos organismos públicos de los programas identificados como prioritarios.

- Realizar y promover estudios e investigaciones sobre la realidad del adulto mayor.

La función de este órgano asesor del presidente de la República se mantuvo hasta el año 2002. Durante ese año se promulgó en el congreso, la Ley 19.828, que crea el Servicio Nacional para el Adulto Mayor (Diario oficial de la República de Chile, 2002), el cual define como sus principales objetivos:

- Velar por la plena integración del adulto mayor a la sociedad.
- Proteger al adulto mayor ante el abandono e indigencia
- Promover la imagen de adultos mayores activos y con participación.
- Hacer valer los derechos que la constitución y las leyes le reconocen a los adultos mayores.
- Velar por la no discriminación y marginación de los adultos mayores.

Las funciones de este servicio son las siguientes:

- Proponer políticas y coordinar acciones, especialmente del sector público, que faciliten la integración del adulto mayor en todos los ámbitos sociales, ya sea en la familia, en la educación, en el trabajo y en la recreación.
- Coordinar acciones y programas entre el sector privado y público.
- Prestar asistencia técnica y supervisar a organismos privados con y sin fines de lucro que brinden acogida y atención integral al adulto mayor.

Los esfuerzos desarrollados por el Estado desde 1990 en adelante, dejan de manifiesto que Chile ha avanzado en el conocimiento del fenómeno del

envejecimiento de su población, pero al igual que otros países Latinoamericanos, se encuentra en etapas iniciales respecto al entendimiento de los problemas sociales que afectan a las personas mayores para intervenir efectivamente, por lo que aún queda mucho por investigar para actuar eficiente y eficazmente al respecto.

Así por ejemplo, el tema del maltrato hacia el adulto mayor como problema social, adquiere connotación pública a partir de la promulgación de la Ley 19.325, Ley de Violencia Intrafamiliar (Ver anexo I), la que entró en vigencia en el año 1994. Ella establece que: “se entenderá por acto de Violencia Intrafamiliar, todo maltrato que afecte la salud física o psíquica de quien aún siendo mayor de edad tenga respecto del ofensor la calidad de ascendiente, cónyuge o conviviente o siendo menor de edad o discapacitado tenga a su respecto la calidad de descendiente, adoptado, pupilo colateral consanguíneo hasta cuarto grado inclusive, o esté bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar que vive bajo un mismo techo”. (Diario Oficial, 1994)

Este artículo en sus contenidos incluye los tipos de violencia física y psicológica que afecta a los adultos mayores, sin embargo se hace insuficiente frente a las otras tipologías y riesgos de maltrato que afectan a las personas mayores (Lowick-Russell, 2003).

La nueva Ley de Violencia Intrafamiliar N° 20.066 (ver anexo II), promulgada en septiembre de 2005 (Congreso Nacional, 2005), establece que será constitutivo como violencia intrafamiliar “todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente.

También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar”. (www.cbn.cl)

Este artículo en sus contenidos, incluye los tipos de violencia física y psíquica que afecta a las personas mayores, y al igual que la Ley N° 19.325, se hace insuficiente frente a los diversos tipos de maltrato que afectan a los adultos mayores.

En este sentido y en el caso específico de este grupo etéreo cabe plantear que si bien existe un reconocimiento hacia esta ley, en especial como instrumento sancionador contra la violencia, es necesario advertir que en su alcance no considera otras formas de malos tratos que afectan directa y profundamente a las personas mayores. Es el caso de la negligencia o abandono los cuales se encuentran incluidos como delitos en el código penal chileno, que por lo general se hacen efectivos sólo en contadas ocasiones y cuando existen lesiones graves o la muerte de la persona. En nuestro país se aborda este tema a través del art. 352, párrafo 2, Título VII del Código Penal, el que señala que: “El que abandonare a su cónyuge o a un ascendiente o descendiente, legítimo o ilegítimo, enfermo o imposibilitado, si el abandonado sufriere lesiones graves o muriere a consecuencia del abandono, será castigado con presidio mayor en su grado mínimo”. (Código Penal, 2004: 140)

En igual situación se encuentra el abuso patrimonial o económico, que aún cuando se considera también un delito, en el código penal tiene vacíos evidentes difíciles de llenar. El art. 489, párrafo 11, Título II del Código Penal, exime de los crímenes y simples delitos contra la propiedad a parientes, padres e hijos. Sin embargo, las investigaciones realizadas al respecto señalan que el

abuso patrimonial o económico contra personas mayores es perpetrado generalmente por los hijos.

La ley de VIF N° 19.325 incorporaba a las personas mayores por extensión, como posibles víctimas. Sin embargo al no incorporarlas como un grupo especialmente vulnerable, acompañados de la carencia de estudios que demuestren la relevancia del problema en el ámbito nacional, sumado a la escasa denuncia por parte de este grupo etáreo, provocó que la protección e intervención se haya orientado básicamente hacia mujeres menores de 50 años, esposas, niños y niñas. Las cifras de violencia intrafamiliar hacia las personas mayores sólo representan porcentajes mínimos dentro de las denuncias generales de violencia, por lo tanto, las referidas a este grupo etáreo no son consideradas significativas a la hora de focalizar políticas y programas de atención a favor de estos sujetos de violencia intrafamiliar.

La orientación general de la ley de VIF N° 19.325 se refiere sólo a sanciones y actúa cuando ha ocurrido el o los episodios de violencia. No incorpora la prevención ni erradicación de la violencia. Por lo tanto, no hace referencia a la participación de los diversos organismos estatales y de la sociedad civil en su conjunto en esta materia, tomando en cuenta que éste es un problema social y de salud que cruza y afecta al conjunto de la sociedad.

En cambio la nueva Ley VIF N° 20.066, en su artículo 3 y de Prevención y Asistencia, indica que el Estado adoptará políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar, en especial contra la mujer y los niños, y a prestar asistencia a las víctimas.

Podemos evidenciar, que esta nueva Ley, si tiene una orientación de prevención de la situación de maltrato, pero esta dirigida en especial contra la violencia de la cual son víctimas las mujeres, niños y niñas.

La ley VIF N° 20.066, no contempla al adulto mayor, existiendo una omisión manifiesta en la ley, la que se refiere específicamente a dos grupos vulnerables: menores de edad y discapacitados. No se menciona el caso de un adulto mayor que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de alguno de los miembros del grupo familiar y que sea sujeto de vulneración de sus derechos.

El adulto mayor, en este ámbito, no es considerado como grupo vulnerable, como lo son las mujeres, niños, niñas y discapacitados en la ley. Desde nuestra particular visión la única consideración para con el adulto mayor fue que quedara en actas y por ende en la Historia Fidedigna de la Ley, que este proyecto, rige en plenitud para los adultos mayores, en los mismos términos en que opera para la mujer y los hijos. Ello se obtuvo, por la intervención del Senador Enrique Silva Cimma, ante la sala del Senado.

El maltrato en general y en la vejez en particular, se traduce en carencias, desatención de las necesidades y vulneración de sus derechos. El maltrato puede provenir desde su entorno más próximo como la familia, sus familiares más cercanos, en su lugar de residencia, por los servicios públicos o instituciones, etc.

Una condicionante que agudiza el problema del maltrato y contribuye a que persista, es la situación de pobreza que enfrentan las personas mayores, la cual los hace más vulnerables frente a situaciones que deben enfrentar, convirtiéndolos en objeto de todo tipo de abuso. En síntesis, podríamos decir entonces que las personas adultas mayores se encuentran en una situación de desmedro social que afecta su integridad y dignidad, razón por la cual se hace necesario, tanto desde las políticas públicas como de las disciplinas sociales, ocuparse, conocer e intervenir frente a este nuevo problema social que se está evidenciando en nuestra sociedad.

Por lo anteriormente expuesto, esta investigación tiene como sujeto de estudio al Adulto Mayor maltratado, con el objetivo de poder develar su realidad, cuyos resultados esperamos que arrojen información significativa para futuras investigaciones y principalmente para realizar intervenciones sociales a estas personas.

Como ya dijimos entonces, nuestro sujeto de estudio fueron los adultos mayores que han sido maltratados y que han acudido en busca de ayuda o se ha pesquisado su situación de maltrato en instituciones públicas de la comuna de Pudahuel, la cual se caracteriza por presentar altos índices de pobreza. Según la encuesta CASEN del año 2000, esta comuna presenta un 18,7% de la población pobre y un 81,3% de población no pobre. El porcentaje comunal de la población pobre es superior al porcentaje de la región que es de un 16,1%, e inferior al promedio del país (20,6%). Cabe mencionar que, Pudahuel tiene una población de 195.653 habitantes. La población comunal ha experimentado un importante crecimiento, en los últimos 50 años ya que en 1952 sólo registró 9.328 habitantes. Este crecimiento se ha visto acentuado en los últimos 10 años ya que su población aumentó en 57.713 personas, pasando de 137.940 personas en 1992 a las actuales 195.653 en el 2002, crecimiento que representa un aumento del 42% de la población, cifra superior a la tasa de crecimiento de la región en igual periodo. (MIDEPLAN, 2000)

A partir de lo descrito, nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

2. Preguntas de investigación

2.1. ¿Cuál es la realidad del adulto mayor maltratado de la comuna de Pudahuel?

2.2. ¿Qué tipos de maltratos se observan en los adultos mayores de la comuna de Pudahuel?

2.3. ¿Cuál es la opinión de los adultos mayores maltratados, acerca de las intervenciones sociales prestadas por las instituciones públicas existentes en la comuna tales como el Consultorio “La Estrella”, CESFAM Gustavo Molina y Corporación de Asistencia Judicial de la Comuna de Pudahuel?

3. Objetivos de investigación

3.1. Objetivo General N°1

Identificar la realidad socioeconómica y de maltrato de los adultos mayores Maltratados considerados en este estudio, residentes en la comuna de Pudahuel.

Objetivos Específicos

3.1.1. Caracterizar la situación socioeconómica de los Adultos Mayores Maltratados antes mencionados.

3.1.2. Caracterizar la situación de maltrato de las cuales son víctima estos adultos mayores.

3.2. Objetivo General N°2

Identificar la opinión de los adultos mayores en estudio, respecto de la atención recibida en las instituciones, en donde se detectó y/o recepcionó su situación de maltrato.

Objetivos Específicos

3.2.1. Describir la opinión que tienen los adultos mayores respecto del proceso de recepción y acogida, en las instituciones en donde se detectó y/o recepcionó su situación de maltrato.

3.2.2. Describir la opinión que tienen los adultos mayores respecto del proceso de tratamiento, en las instituciones en donde se detectó y/o recepcionó su situación de maltrato.

3.2.3. Describir la opinión que tienen los adultos mayores respecto del resultado del proceso, en las instituciones en donde se detectó y/o recepcionó su situación de maltrato.

4. Hipótesis de investigación

4.1. Los adultos mayores Maltratados en estudio, de la comuna de Pudahuel se caracterizan por vivir en una situación de pobreza, que acrecienta las posibilidades de ser violentado.

4.2. Los adultos mayores en estudio, opinan que las intervenciones sociales recibidas en las instituciones no dan respuestas a los problemas de fondo que generan su situación de maltrato.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Enfoque metodológico

Para efectos de nuestro estudio, utilizamos la metodología de investigación cualitativa, la cual se define como “un proceso activo, sistemático y riguroso de indagación dirigida, en el cual se toman decisiones sobre lo investigable, en tanto se está en el campo objeto de estudio” (Erickson, op.cip Pérez; 1998: 46). Dicho método es el que mejor se adecuó a los objetivos planteados en nuestro estudio y a la naturaleza del problema estudiado, ya que tiene como fin la descripción de las cualidades de un fenómeno o acontecimiento, cual es el del maltrato, del que son objeto los adultos mayores de la comuna de Pudahuel. Con dicha descripción se intenta ir produciendo un concepto o noción fundamentada acerca del fenómeno del maltrato y el sujeto adulto mayor, en una materia de muy reciente notoriedad pública. (Pérez, 1998).

5.2 Tipo de estudio

El carácter de nuestra investigación estuvo definido por el planteamiento del problema y los objetivos de investigación, por lo que nuestro estudio fue descriptivo, que se caracterizan por “especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Este tipo de estudio selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.” (Hernández, 1998: 60).

Con esta investigación buscamos conocer para describir las variables seleccionadas, para así poder señalar cómo es y cómo se manifiesta el

fenómeno del maltrato que padecen los adultos mayores residentes en la comuna de Pudahuel.

El diseño de investigación es No-Experimental o Ex post-facto, puesto que “se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de una investigación en donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación es observar fenómenos tal y cómo se dan en su contexto natural, para después analizarlos (Kerlinger, op.cit. Hernández, 1998).

“La investigación No-Experimental o Ex post-facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o las condiciones”. (Hernández et al, 1998: 184).

Esta investigación nos permitió observar el fenómeno del maltrato tal cual como se presenta en la realidad, como un hecho ya sucedido, al igual que sus efectos.

5.3 Unidad de Análisis

Nuestra unidad de análisis son los adultos mayores maltratados que han acudido en busca de ayuda o se ha pesquisado su situación de maltrato en instituciones públicas tales como el Consultorio “La Estrella”, CESFAM Gustavo Molina y Corporación de Asistencia Judicial de la comuna de Pudahuel.

5.4 Características del Universo

Nuestro universo de estudio estuvo compuesto por un total de 17 adultos mayores maltratados, autovalentes, que han acudido en busca de ayuda o se

ha pesquisado su situación de maltrato en las instituciones públicas ya mencionadas, entre el periodo 2003/2004, de la comuna de Pudahuel.

Instituciones Públicas	Número de casos
Consultorio "La Estrella"	9
CESFAM Gustavo Molina	4
Corporación de Asistencia Judicial	4
TOTAL DE CASOS	17

Los casos considerados en este estudio fueron otorgados por dos Asistentes Sociales, una Psicóloga, una enfermera y una abogada de las instituciones antes mencionadas, y que a la fecha de la entrevista aún mantenían activos. Estamos conscientes de que esta cifra no representa el total de adultos mayores maltratados de la comuna de Pudahuel, pero no existía otro registro específico de las personas mayores maltratadas en el momento que se realizó el estudio.

5.5 Técnicas de recolección de datos

Primarias:

Para la recolección de datos utilizamos una entrevista semi-estructurada (ver anexo III), que se caracteriza por poseer dentro de sí, modalidades diferentes de recoger información, pero que apuntan a un mismo propósito. En un primer momento de la entrevista, "se pide a los sujetos que ubiquen sus sentimientos a lo largo de una escala, que seleccionen las respuestas más apropiadas a un conjunto preseleccionado de preguntas" (Taylor, et al, 1996: 101).

Este tipo de entrevista adopta forma estandarizada, en donde el investigador tiene las preguntas y el sujeto tiene las respuestas (ibid). En esta etapa de la

entrevista se buscó dar respuesta al objetivo general N°1 y a sus objetivos específicos.

El segundo momento de la entrevista, se caracterizó por presentar preguntas abiertas, cuyas respuestas permitieron “la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (ibid: 101).

Esta segunda fase de esta técnica de recolección de datos, dio respuesta al objetivo general N°2 y a sus correspondientes objetivos específicos.

Las respuestas que se obtuvieron en la primera etapa de la entrevista y que otorgaron información del objetivo general N° 1 y sus objetivos específicos, se tabularon en el Programa Excel. Las respuestas que responden al objetivo general N° 2 y sus objetivos específicos se agrupan en una matriz de análisis de contenido. (ver anexo IV)

5.6 Plan de Análisis

Como ya dijimos, los datos del primer momento de la entrevista semi-estructurada fueron tabulados en el Programa Excel. Una primera tarea para su ordenamiento, fue definir las categorías establecidas en las preguntas que tenían más de una alternativa de respuestas. Las categorías se establecieron de acuerdo a su frecuencia de aparición en los cuestionarios aplicados.

Las respuestas a las preguntas abiertas, se tabularon en una matriz de contenidos que fue confeccionada en base a los ejes temáticos de esta investigación. Posteriormente se extrajeron frases textualizadas significativas

que fueron dándole consistencia a la interpretación que nosotras realizamos de los discursos de los entrevistados.

5.7 Variables:

- **Variable N° 1: Maltrato**
- **Variable N° 2: Nivel Socioeconómico**
- **Variable N° 3: Opinión**

La operacionalización de las variables se puede revisar en el anexo V de este informe.

I PARTE:

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y SUS CARACTERISTICAS

El concepto de envejecimiento es asociado por lo general al proceso biológico que sufren las personas una vez que aumentan los años, sin embargo, este proceso no sólo tiene que ver con una evolución cronológica, sino que esta asociado a una serie de cambios psicológicos y sociales. A nivel mundial, las expectativas de vida han aumentado, lo que acompañado de una disminución en la tasa de fecundidad trae como consecuencia el envejecimiento de la población, lo que quiere decir que las personas mayores van ganando espacio dentro de la población total.

Entre las **formas de envejecimiento individual** se reconocen dos tipos: uno biológico, que esta relacionado con los efectos del avance en edad, que tiene sus principales repercusiones al interior de los organismos, como lo son por ejemplo: la disminución visual, la capacidad auditiva o el vigor físico. Considerando estas repercusiones del peso de los años, a las personas mayores se las clasifica según su nivel de funcionalidad, la cual se define como “la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir” (MINSAL, 2003: 15), expresada en los siguientes niveles: Autovalente, Autovalente con riesgo y dependiente. Dichos conceptos significan lo siguiente:

- **Autovalente**: capacidad de valerse por sí mismo, lo cual le permite ser autónomo y tener un envejecimiento activo.

- **Autovalente con riesgo:** es decir requieren ayuda para algunas de las actividades de la vida diaria.
- **Dependiente:** requieren total ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria.

Por otro lado, está el envejecimiento societal, que es dependiente del papel que la sociedad le otorgue a las personas que envejecen, el cual es el resultado de actitudes y creencias arraigadas en la sociedad los cuales se traducen en prejuicios contra las personas que viven este proceso de su vida. Si bien es poco preciso lo que se puede hacer contra el envejecimiento biológico, las posibilidades de combatir el envejecimiento societal son considerables.

Esta doble dimensión del proceso de envejecimiento corresponde a cambios que influyen en la calidad de vida y en el desempeño social de los ancianos, entre ellos, la jubilación obligada y la disminución de la capacidad funcional. En este sentido, se ha planteado que el retiro obligatorio del trabajo por razón de la edad puede tener en la práctica diversas consecuencias, en ocasiones negativas: puesto que en muchos casos ello provoca una situación de aislamiento y frecuentemente la pensión es insuficiente para cubrir las necesidades, lo que favorece la dependencia o carencia económica. Mientras que para algunas personas, retirarse del mercado del trabajo marca el comienzo de una etapa de profunda realización personal en actividades largamente postergadas, para otros puede significar la pérdida de su sentimiento de utilidad social. (Rocabruno op. cit, CEPAL, 2001)

Entre los prejuicios o estereotipos más frecuentes en relación con el envejecimiento están los que señalan que las personas mayores se caracterizan por ser pasivas, crónicamente enfermas, sin deseos sexuales o con necesidades de atención y de cuidado constante, creencias que las estigmatizan y favorecen su marginación social.

Dentro de la dimensión biológica, si bien es cierto que algunas funciones fisiológicas son afectadas por el proceso de envejecimiento, la mayoría de las personas mayores no presentan alteraciones que influyan marcadamente en su funcionamiento físico, intelectual o social antes de los 80 años, por ejemplo, el sistema inmunológico empieza a declinar sus funciones a partir de la edad adulta, sin embargo, no muestra deficiencias marcadas antes de la citada edad.

Si bien el envejecimiento es un fenómeno universal, éste se diferencia entre los continentes y países por sus componentes demográficos (mortalidad, fecundidad y migración) los cuales se manifiestan en forma desigual, dependiendo de los cambios y condiciones que se manifiesten en cada uno de estos lugares por lo que podríamos decir que, el envejecimiento de cada país “se desarrolla en el contexto de sus experiencias de transición demográfica” (CEPAL, 2001: 7).

1.1 Transición Demográfica

“La transición demográfica se denomina al proceso de envejecimiento poblacional que se desarrolla por etapas, caracterizado por los cambios en las tasas de natalidad, de mortalidad y de crecimiento natural o vegetativo asociado al proceso de modernización de los países. Se parte de una fase en que la mortalidad y la natalidad son muy elevadas, lo que conduce a un crecimiento muy bajo; en la segunda etapa se inicia un descenso en la mortalidad sin cambios apreciables en la natalidad y por tanto, aumentan las tasa de crecimiento; en la tercera etapa comienza el descenso rápido de la natalidad y se produce un descenso en la tasa de crecimiento; finalmente, en la cuarta y última etapa se logra un equilibrio de crecimiento muy bajo, que en las fases más avanzadas puede ser nulo o incluso negativo” (INTA, 2001: 22).

Todo análisis cuantitativo del envejecimiento debe definir la edad en que una persona ingresa a él. En este caso se utilizará el criterio de la edad cronológica, que considera adultos mayores a las personas que tienen 60 y más años.

Aunque es una definición arbitraria, su uso es amplio, pues es complejo considerar el umbral de la vejez desde una perspectiva biológica, subjetiva o social. Ahora bien, aunque las diversas nociones de edad están relacionadas, la conformación del grupo de adultos mayores difiere según el criterio adoptado, como también de otros aspectos del envejecimiento. Por ejemplo, si en lugar de tomar una edad constante a lo largo del tiempo, se usa un umbral de la vejez, derivado de su significado social, el proceso de envejecimiento resultaría menos acelerado. (Recchini op.cit, CEPAL, 2001)

Los cambios del peso relativo del grupo permiten describir el proceso de envejecimiento, sin olvidar al resto de la población. Como la composición etaria expresa la transición demográfica, durante el análisis se hará referencia a la etapa en la que se ubica cada país de América Latina. La tipología para clasificar a los países fue elaborada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE, 2001 y utiliza como criterio de clasificación las tasas brutas de natalidad y mortalidad de principio de los noventa; esas tasas determinan el crecimiento natural y las estructuras por edades de la población. De esta forma se llega a cuatro grandes agrupaciones de países:

- Transición Incipiente (TI), que comprende a países que aún poseen altas tasas de natalidad y mortalidad (Bolivia y Haití);

- Transición moderada (TM), que se refiere a los países que presentan una mortalidad en descenso y una natalidad relativamente elevada (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay);

- Plena Transición (PT), que se caracteriza por una natalidad descendiente y una mortalidad moderada o baja (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela);

- Transición Avanzada (TA), en que la natalidad y la mortalidad son moderadas o bajas, distinguiendo entre aquellos países que han mantenido niveles bajos de fecundidad y mortalidad por un largo período (Argentina y Uruguay) y los que los alcanzaron más recientemente (Chile y Cuba).

Como puede apreciarse en la clasificación, Chile es un país en pleno proceso de transición avanzada según la clasificación realizada de la CELADE. Una comprensión más acabada lo vemos en el punto siguiente.

1.2 La Transición Demográfica y el Aumento de la Población Adulta Mayor en América Latina

Los antecedentes que a continuación señalaremos para abordar este punto, fueron obtenidos de un estudio realizado por la CEPAL, en el año 2002. En el se señala que en la mayoría de los países de América Latina el proceso de envejecimiento comenzó a darse con posterioridad a 1970, y ello lleva a definir este año como nuestro punto inicial de análisis. Cabe mencionar que en 1970 Argentina y Uruguay ya mostraban rasgos de envejecimiento, con una proporción de adultos mayores superior al 10%, Uruguay sobrepasó ese límite a comienzo de la década de 1950. (CEPAL, 2002)

La pirámide de población de los países en **transición incipiente** es aún joven, y también lo es en países de transición moderada, en este caso debido a que como el descenso de mortalidad se inicia principalmente en edades tempranas

por lo que su efecto es similar a un aumento de la fecundidad. Sin embargo, comienza a observarse levemente el efecto del descenso de la fecundidad, y entre 1970 y el 2000 se aprecia una disminución en la proporción de menores de 15 años. De todas maneras, el peso relativo de este grupo aún ronda el 40%, tanto en las agrupaciones de transición incipiente (TI) como en los de transición moderada (TM). En todos estos países aumenta el peso relativo del grupo etario 15-59 años y, con excepción de dos países, también el del grupo de 60 años y más. En estas agrupaciones los adultos mayores representan aproximadamente entre un 5% y un 6%, excepto en El Salvador, donde llega a más del 7%.

En los países de **plena transición** (PT), el efecto del descenso de la fecundidad es más notorio. Se inicia el angostamiento de la pirámide por la base. En 1970 el porcentaje de menores de 15 años rondaba el 45% y se estima que este grupo representa actualmente entre un 29% (en Brasil) y un 34% (en Venezuela). A causa del efecto combinado de la inercia del crecimiento en un pasado no muy lejano, se observa un aumento importante en las edades centrales. En todos los países de esta categoría, las personas entre 15 y 59 años representan aproximadamente un 60%. Los adultos mayores también se incrementan y en el año 2000 alcanza proporciones que van de 7% a 8%.

Entre los países de **transición avanzada** (TA) cabe diferenciar entre Chile y Cuba, por un lado, y Argentina y Uruguay, por el otro. Los primeros iniciaron la transición demográfica con posterioridad, lo cual se refleja en sus estructuras etareas y continúan en la etapa del angostamiento de la pirámide por la base, aunque de manera importante el porcentaje de menores de 15 años, sobre todo en Cuba, donde apenas excede el 21%, y se incrementa el porcentaje en las edades centrales (15-59 años), superando en ambos casos el 60%. Argentina y Uruguay habrían iniciado el proceso del angostamiento de la pirámide por el

centro, y no solo disminuye el peso de los menores de 15 años, sino también el de jóvenes y adultos.

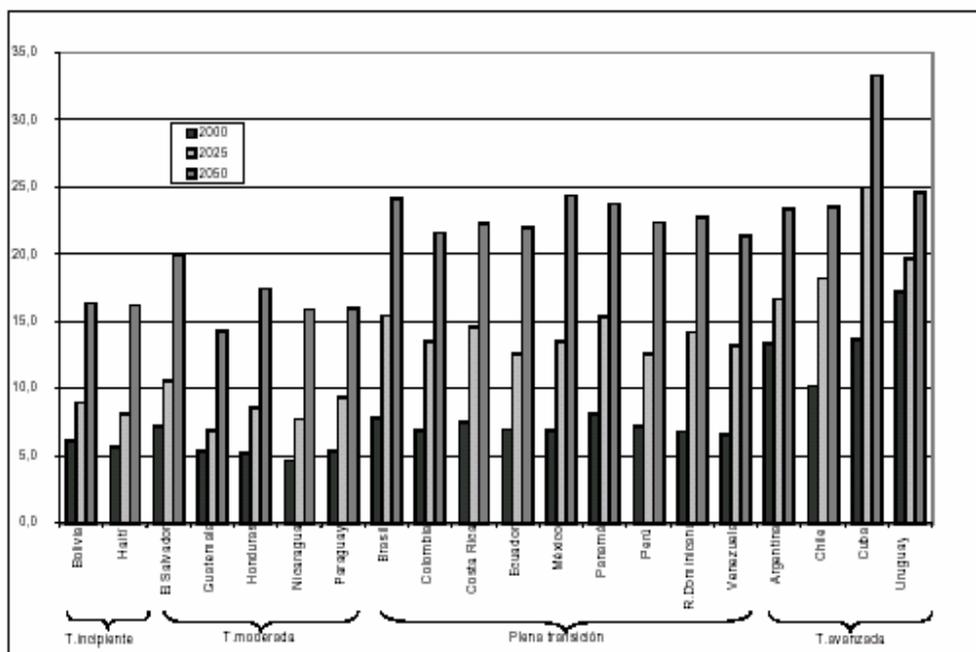
En relación a las personas de edad, los aumentos del peso porcentual de este grupo se registra en los cuatro países. En el año 2000, los adultos mayores en Chile representaban algo más del 10%, en Argentina y Cuba sobrepasan el 13% y en Uruguay superan el 17%. Sin embargo, solamente en este último caso, la proporción de adultos mayores está cercana a la de los países más desarrollados, cuyos valores oscilan alrededor del 20%. En cuanto al futuro, en sólo 25 años los países de Transición Incipiente (TI) y Transición moderada (TM) estarán en un estado de transición demográfica similar al que experimentan hoy los que se encuentran en la categoría de Plena Transición (PT), que a su vez estarán en la etapa avanzada; los de Transición avanzada (TA) comenzarán a mostrar estructuras similares a la que en la actualidad registran los países desarrollados. Ningún país de transición incipiente (TI) y transición moderada (TM) excepto El Salvador alcanzarán el umbral del 10% de personas de edad. En los países de plena transición (PT), estas proporciones oscilarán entre valores cercanos al 13% y superiores, al 15% y en los de transición avanzada (TA) estarán entre un mínimo de 16,6% en Argentina y un 25% en Cuba. Hacia el 2050 el envejecimiento se consolidaría en toda la región. En los países de Transición incipiente (TI) el peso relativo de los adultos mayores superará el 16% y en los de Transición moderada (TM) las variaciones son mayores en Honduras, Nicaragua y Paraguay entre el 16% y el 17%, Guatemala 14% y El Salvador 20%. (CEPAL, 2001: 16)

Los cambios en las estructuras etareas implican cambios en el ritmo de crecimiento de los distintos grupos de edad. A corto y mediano plazo, la proporción de personas de edad aumentará como producto de un aumento en la cantidad absoluta de personas mayores frente a tres situaciones de crecimiento para los otros grupos; estos también aumentan pero a un ritmo más

lento, se mantienen e inclusive decrecen. La primera situación mencionada se presenta entre los años 1970 y 2000 excepto en Haití y Paraguay, donde la cantidad de adultos mayores aumentó en menor proporción que en el resto de los grupos considerados. En Cuba, la cantidad de niños y jóvenes menores de 15 años disminuyó en un 25%. En más de la mitad de los países de la región el grupo de edades centrales 15-59 años experimentó un importante incremento, en especial en los países de la transición moderada (TM) y los de la transición plena (TP), donde llegó a más del doble. En ese período de 30 años, el grupo de adultos mayores es el que más crece, si bien de manera muy heterogénea, desde un 44% en Haití a más del triple en Costa Rica (249%). (CEPAL, 2001: 17)

Para el año 2025, el volumen de personas menores de 15 años aumentará relativamente poco en los países de transición incipiente (TI) y en los países de transición moderada (TM). En los de plena transición (PT) y en los de transición avanzada (TA) se mantendrá o decrecerá. Los adultos mayores se duplicarán en casi toda la región, y en varios países casi se triplicará. Entre el 2025 y 2050, el volumen de niños y jóvenes se mantendrá o disminuirá levemente, mientras que los adultos mayores continuarán creciendo de manera importante en varios de los países, en especial en los de transición incipiente (TI) y en los de transición moderada (TM). La región pasará de aproximadamente 40 millones de personas de avanzada edad en el año 2000, a 96 millones en el 2025 y se cree que a mediados del siglo XXI serán 180 millones.

Gráfico N° 1
AMÉRICA LATINA PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS,
SOBRE EL TOTAL DE LA POBLACIÓN



Fuente: CELADE, boletín demográfico N°62, año 2000.

1.3 Efectos de la Transición Demográfica

Tomando en consideración los elementos antes mencionados surge un nuevo escenario demográfico distinto al del pasado, los cuales traerán cambios en los diferentes sectores sociales. En los países en plena transición (PT) y transición avanzada (TA) la tendencia a la estabilización en la cantidad de menores de 15 años no se ve lejana, ya ha comenzado en varios de estos países. Por lo tanto, los esfuerzos que los gobiernos destinan en materia de educación en cuanto a la cobertura de la población en edad escolar en constante aumento, podrían destinarse a mejorar la infraestructura existente y la calidad de la educación. En

los países de transición incipiente (TI) y transición moderada (TM), los menores de 15 años continuarán ejerciendo peso demográfico durante varios años, debido al número que ellos representan dentro de la población total. “Es poco probable que las tendencias demográficas observadas hagan destinar una parte de presupuesto en educación a las personas mayores, para los cuales existen programas comunitarios que cubren necesidades de capacitación y alfabetización para adultos los cuales requieren de un presupuesto más bajo que los programas institucionalizados”. (CEPAL, 2001: 18)

En el área de la salud, las nuevas demandas ocasionadas por un creciente aumento de la población de personas mayores implican un gran desafío. Paralelo a los planes materno infantil, los cuales aún son necesarios en la mayoría de los países de América Latina, deberían implementarse programas destinados a cubrir las necesidades de los adultos mayores. Las enfermedades crónicas y degenerativas aparecen con mayor frecuencia en la vejez, además, los avances médicos ofrecen nuevas opciones de tratamiento y su difusión hará que los adultos mayores demanden mayor atención y acceso a ellas. Al mismo tiempo, asociado a la pobreza y el subdesarrollo, aún prevalecen las enfermedades infecciosas y parasitarias. Muchas de las enfermedades que sufren los adultos mayores que los llevan a la muerte, se podrían revertir con una buena educación para el cuidado de la salud desde edades tempranas. Frente a este nuevo cuadro epidemiológico se puede señalar que la demanda en salud se hará más compleja, requiriendo aumentos en los presupuestos destinados a dicho sector y una nueva organización del sistema.

Situándonos en este nuevo escenario demográfico surgen ciertas ventajas, visibles en el índice de dependencia potencial (Chackiel, op cit, CEPAL, 2001), que mide la relación entre la cantidad de personas que deberían ser solventadas y las personas potencialmente activas, que deberían solventar a las primeras, (este índice es el cociente de menores de 15 años y mayores de

60 años sobre el total de población entre 15 y 59 años. Se trata de una medida teórica, pues no todos los menores de 15 o mayores de 60 años están fuera del mercado laboral ni todas las personas de 15- 59 son activas). De acuerdo a esta explicación, se puede decir que la relación de dependencia ha disminuido en los últimos 25 años y lo seguirá haciendo.

Los países con mayor número de personas de edad registran los valores más bajos de dependencia debido en su mayoría, al bajo número de menores de 15 años y al aumento de las personas potencialmente activas. Con los años, estos índices tienden a igualarse, producto del aumento de personas mayores de 60 años que pasan a formar parte de las personas potencialmente inactivas.

Dicha situación puede ser considerada por los países como una oportunidad demográfica que favorecería el avance hacia el desarrollo en las próximas décadas, puesto que los recursos en gasto social podrían orientarse a la atención de niños o a actividades productivas que den dinamismo a la economía. Esta oportunidad demográfica será aprovechada en la medida en que los países puedan responder a una demanda creciente de empleos, originada precisamente en el aumento de la población en edad de trabajar y en la mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral, especialmente cuando se ha observado que la pobreza aumenta más aún en las familias encabezadas por una mujer jefa de hogar. El mismo fenómeno se aprecia en la adultez mayor (CEPAL, 2001).

1.4 Envejecimiento y Feminización

El proceso de envejecimiento que viven los países de América Latina también se observan dentro de la población adulta mayor, dentro de los cuales aumenta el número de personas de edades extremas. Ello quiere decir que se puede

identificar dentro de este mismo segmento poblacional dos grupos etarios con características biológicas y sociales diferentes. En primer lugar esta el grupo de 60 a 74 años y en segundo lugar, el de 75 y más años. El primero esta constituido, en general, por personas más independientes, muchas aún insertas en la fuerza de trabajo, en especial las de 60 a 64 años y más integradas socialmente. En el segundo grupo, se observa la vejez más asociada a las “pérdidas”. “Ello quiere decir que la participación de estas personas en el mercado laboral disminuye significativamente y la incidencia de enfermedades que afectan sus capacidades físicas y mentales es mayor, sobre todo más allá de los 80 años. Por lo mismo, las dificultades económicas aumentan, agravado en muchas oportunidades por la pérdida de la pareja, la falta de cobertura de previsión y las bajas jubilaciones lo que conduce a una menor autonomía e integración social de las personas mayores de 74 años de edad. Frente a esta realidad se ha comenzado a hacer distinciones entre las personas de las llamadas tercera y cuarta edad, puesto que las diferencias son significativas e implicaría la necesidad de considerarlas en las políticas sociales” (CEPAL, 2001: 22).

Otra característica importante en la adultez mayor es el mayor peso femenino, la mayor longevidad femenina acentúa las diferencias en la composición de ese grupo etario, especialmente en el extremo de la pirámide, en el cual el índice de masculinidad para las personas de 60 a 74 años, muestra en el año 2000, un promedio de 86 hombres por cada 100 mujeres, en las personas de 75 y más años, la relación baja a 70 hombres por cada 100 mujeres. Este es un rasgo generalizado, aunque en unos pocos países la relación se aproxima a la igualdad (Cuba, Panamá y República Dominicana). (ibid)

Las proyecciones de CELADE indican que esa situación no se modificará sustancialmente, que el predominio femenino será un rasgo distintivo en todo el período analizado y entre los años 2000 y 2025 la proporción de mujeres

aumentará en la mayoría de los países (CELADE, 2000). La viudez femenina es actualmente frecuente, lo cual conlleva carencias afectivas y limita las posibilidades de cubrir satisfactoriamente sus necesidades económicas. Esta mayor dependencia se asocia a su menor participación en las actividades laborales y las mujeres que trabajan, suelen percibir remuneraciones más bajas que los hombres, dado que su permanencia en el mundo del trabajo es por lo general menor, sobre todo en las asalariadas, cuyo retiro obligatorio es a edades más tempranas. Lo anterior restringe las posibilidades de generar ahorros para la vejez con lo cual aumenta la dependencia.

1.5 Urbanización y Envejecimiento

A pesar de que en los últimos treinta años la urbanización aumentó significativamente en los países de América Latina, el escenario es aún diverso. Hoy en día en algunos países como Haití o Guatemala la población urbana no alcanza a llegar al 40% mientras que en otros como Uruguay superan el 90%, según datos de la CEPAL, en el año 2000. (CEPAL, 2000)

En relación con los adultos mayores, el grado de urbanización es muy similar ya que muestra la misma diversidad que se observa en el total de la región. En los países con mayor ruralidad, las personas de edad viven más en el área urbana que el resto de la población. (CEPAL, 2001: 23)

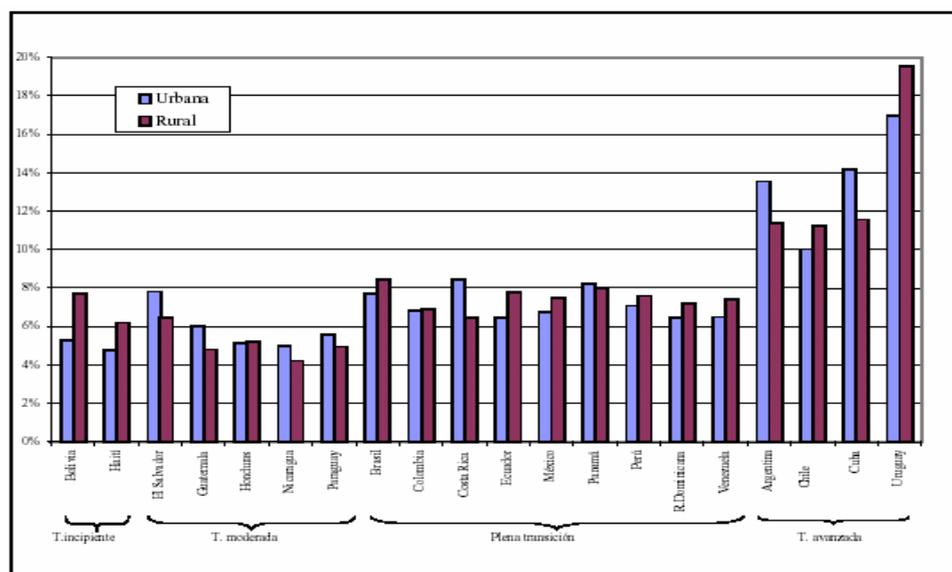
Se puede inferir que en general al haber un mayor grado de urbanización, mayor es el número de personas mayores que viven en zonas urbanas, pero siempre siguen existiendo diferencias. Los países en Plena Transición y Transición avanzada aumentará el número de personas adultas mayores, en los sectores urbanos, y en los Países en Incipiente Transición y Transición

Moderada el porcentaje de personas mayores que viven en zonas rurales es mayor.

Mientras mayor es la urbanización de los adultos mayores, más envejecido será el país. Por otro lado, los países con un menor número de adultos mayores, en su mayoría o un buen porcentaje de ellos, viven en el campo y en condiciones desfavorables. Los países más envejecidos concentran a las personas de edad en las ciudades, con cifras relevantes de personas de la cuarta edad. (CEPAL, 2001)

Gráfico N° 2

AMÉRICA LATINA: POBLACIÓN ADULTA MAYOR, PORCENTAJE SEGÚN RESIDENCIA, AÑO 2000



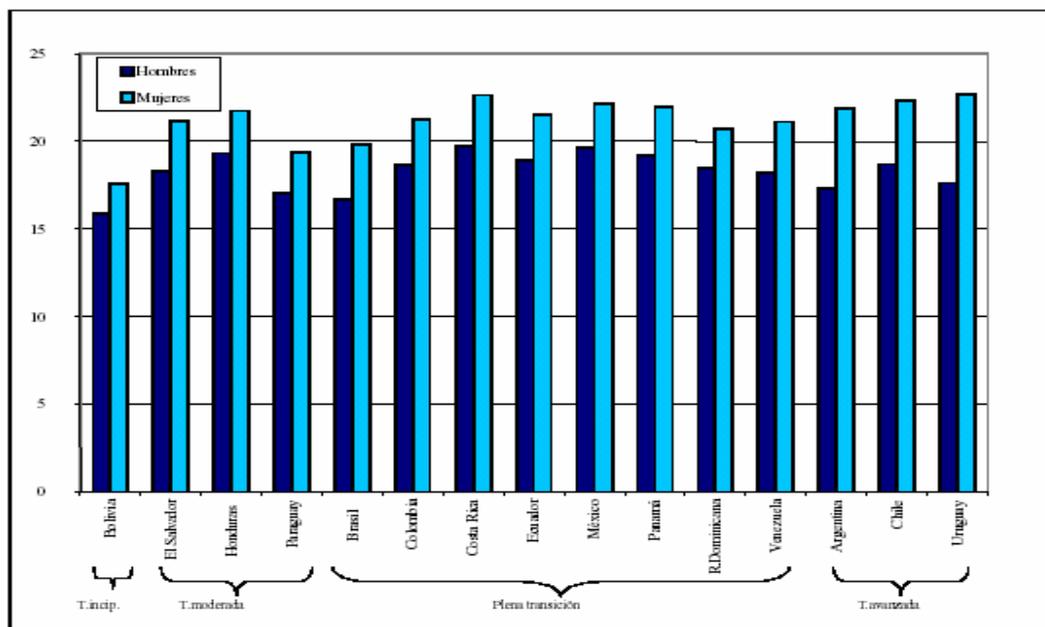
Fuente: CELADE, boletín demográfico N°62, año 2000.

1.6 Aumento de la Esperanza de Vida

Los progresos en la medicina, la expansión de la cobertura de la salud y las mejoras en las condiciones sanitarias han conducido a una disminución importante en los niveles de mortalidad. En América Latina la esperanza de vida al nacer pasó de aproximadamente 52 años en los inicios de la década de 1950, a 70 años en la actualidad. Las estimaciones en América Latina para el período 1995-2000 entregan un panorama heterogéneo, que va desde 54 años en Haití a 76 años en Costa Rica; en la mitad de los países latinoamericanos esa expectativa supera los 70 años. Uno de los factores que ha favorecido el aumento de la esperanza de vida es el descenso de la mortalidad en los primeros años de vida, con el combate de las enfermedades infecciosas y parasitarias; se observa que el avance para la población adulta mayor ha sido más paulatino. En los años 1950, la población latinoamericana que llegaba a los 60 años tenía un promedio de 15 años más de vida, y en la actualidad esa cifra es algo más de 19 años. Se estima que hacia el primer cuarto del siglo XXI, la esperanza de vida a partir de los 60 años será de 22 y hacia el 2050 los Adultos Mayores vivirán, en promedio, casi 24 años más. (CEPAL, 2001:25)

Gráfico Nº 3

AMÉRICA LATINA (15 PAÍSES): ESPERANZA DE VIDA A PARTIR DE LOS 60 AÑOS, 1995-2000.



Fuente: CELADE, tabla de mortalidad, agosto 2000.

Estimaciones para el período 1995-2000 muestran que la población masculina tendrá una expectativa de vida a partir de los 60 años que va de 15,9 años en algunos países como Bolivia a 19,7 años en Costa Rica. En el caso de las mujeres, el rango va de 17,6 años en Bolivia a 22,7 en Paraguay. (Ibid)

Se observa que las diferencias de género suelen ser de 2 ó 3 años a favor de la mujer, y que algunos países superan este margen, como lo son Argentina y Uruguay, donde alcanza los 5 años.

Las proyecciones indican que las brechas según sexo aumentarán, llegando a mediados del siglo XXI los hombres de 60 años a vivir aproximadamente entre 21 y 23 años más y las mujeres entre 25 a 27 años más. (Ibid)

Entre las cifras que muestran cada país, no se visualiza una asociación clara entre la esperanza de vida a los 60 años y las etapas de la transición demográfica, el promedio de años que viven los adultos mayores es en muchos casos independiente del grado de desarrollo del país, aunque la situación de pobreza es un factor que hace más vulnerable esta etapa de la vida.

CAPITULO II

POBREZA Y ADULTO MAYOR

En la literatura podemos observar que existen múltiples definiciones de Pobreza, tradicionalmente se la ha definido como privación material, medida mediante el ingreso o el consumo del individuo o la familia. En este caso estamos haciendo referencia a la **pobreza extrema o absoluta**, como la falta de ingresos necesarios para satisfacer las necesidades de alimentación básicas (suele expresarse en términos de requerimientos calóricos mínimos). (PNUD, 2000).

Como también, existe la definición de **pobreza general o relativa**, que es la falta de ingreso necesario para satisfacer tanto las necesidades alimentarias básicas como las necesidades no alimentarias básicas, tales como: vestido, energía y vivienda. (Ibid)

A partir de este enfoque, el Banco Mundial en 1990 indicó, que la pobreza es entendida como la inhabilidad para obtener un estándar de vida mínimo.

Por otro lado, otra definición de pobreza y que se opone a definirla solo como la carencia de bienes materiales, con una perspectiva de ingreso, es la que propone Amartya Sen, economista, Premio Nobel de Economía en 1998, quien la define tomando en consideración la **carencia de capacidades humanas básicas** que se manifiestan en problemas tales como analfabetismo, desnutrición, esperanza de vida, mala salud y padecimientos por enfermedades prevenibles. Esta es la denominada **pobreza humana**, la cual no se enfoca solo

en lo que la gente tiene o no en cuanto a materialidad si no, en lo que la gente puede o no puede hacer. Una manera indirecta de medirla es a través del acceso a bienes, servicios e infraestructura (energía, educación, comunicaciones, agua potable, etc.) necesarios para desarrollar las capacidades humanas básicas.

En función de todo lo anteriormente señalado, podemos decir entonces, que la pobreza es un círculo resistente, multifacético, que no puede reducirse a una sola dimensión o carencia, es un fenómeno complejo porque se manifiesta en múltiples dimensiones, abarca aspectos materiales y no materiales. Razón por la cual existen múltiples definiciones, maneras y contextos para medirla, así por ejemplo:

“el norteamericano pobre, puede ser aquella persona que conduce un automóvil con los neumáticos gastados, en tanto que el campesino hindú pobre camina con los pies descalzos y no cuenta con los medios necesarios para satisfacer la necesidad más elemental, la alimentación”(www.mail.upt.ede.pe).

Sin embargo, en sus respectivas sociedades ambos son pobres, porque pertenecen al escalón más bajo de la distribución del ingreso. Por lo tanto, la definición de pobreza exige el análisis de la situación socioeconómica de cada región y de los patrones culturales que expresan el estilo de vida dominante en ella. Por consiguiente, podemos decir que la pobreza es totalmente diferente en un país desarrollado, que en uno subdesarrollado.

En Chile, el Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza, en 1996, definió un marco conceptual para referirse al tema de la pobreza, cuyos contenidos son perfectamente aplicables a los adultos mayores, indica que la pobreza al mismo tiempo es una relación, puesto que alguien es pobre respecto de alguna otra situación y de este modo también son pobres las personas,

familias y comunidades que por falta de oportunidades, no pueden, a través del uso y desarrollo de sus potencialidades, satisfacer sus necesidades por sí mismos. (Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza, 1996)

Las necesidades básicas siempre están determinadas por la cultura, por el tipo de sociedad en que a cada uno le ha tocado vivir. Del mismo modo, la pobreza es un concepto relativo a las sociedades concretas, y por eso también es un criterio que cambia con el tiempo. Así por ejemplo, hace un tiempo el no poseer radio, televisión no implicaba pobreza, hoy día, en cambio sí lo constituye.

Esta misma fundación señala que la pobreza interpela a las sociedades en donde ella genera en este sentido la pobreza, extrema en particular, conlleva una crítica a la no pobreza. Además señalan que impide el funcionamiento sin conflictos de la sociedad, poniendo un manto de dudas y temores sobre la estabilidad de las instituciones, y en ese mismo sentido, constituye una acusación ética al conjunto de los habitantes. (ibíd.)

Consistente con lo anteriormente abordado, quisiéramos agregar que superar la pobreza significa superar la superposición de desigualdades que afecta a un amplio conjunto de hogares y personas, y no puede confundirse con la simple superación de mínimos ingresos de las familias. (ibíd.)

2.1 Operacionalización del concepto de pobreza

Mencionaremos en este punto conceptos de medición de la pobreza: utilizados por el Ministerio de Planificación y Cooperación, MIDEPLAN.

a) La pobreza absoluta, la cual señala “un hogar es pobre si sus ingresos o sus gastos agregados son inferiores a un valor equivalente al necesario para la subsistencia”. (MIDEPLAN, 2002)

b) La pobreza relativa, se cuestiona si se es pobre porque no alcanza un nivel mínimo de bienestar o porque su nivel de bienestar es inferior al de la mayoría. Se define la pobreza en términos de carencias materiales. (ibíd.)

De acuerdo a estos criterios, a un individuo se le considera pobre si su nivel de ingresos se sitúa por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sus necesidades básicas. Se le define indigente, si éste no le permite satisfacer sus necesidades alimentarias. Estos mínimos se denominan “línea de pobreza” y “línea de indigencia”. Estas líneas constituyen el límite entre quiénes son pobres y quiénes no lo son, y entre quiénes son indigentes y quiénes no lo son. (ibíd.)

La línea de pobreza representa el ingreso mínimo necesario por persona para cubrir el costo de una canasta mínima individual para la satisfacción de las necesidades básicas, alimentarias y no alimentarias.

Se considera en situación de pobreza a aquellos hogares cuyos ingresos son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas alimentarias y no alimentarias de sus miembros.

La línea de indigencia representa el ingreso mínimo necesario por persona para cubrir el costo de una canasta alimenticia. Se considera en situación de

indigencia a aquellos hogares que, aún cuando destinaran todos sus ingresos a la satisfacción de las necesidades alimentarias de sus integrantes, no lograrían satisfacerlas adecuadamente.

Operativamente, un hogar es pobre cuando su ingreso monetario per cápita es inferior a dos veces el valor de una canasta básica de alimentos. En la zona urbana, la canasta familiar, tiene un costo de \$21.850. En la zona rural la canasta familiar, tiene un costo de \$16.842, donde los gastos en servicios tienen menos importancia. (MIDEPLAN, 2002)

El ingreso exiguo, o la falta de un ingreso estable, es sin duda la expresión material más evidente de la pobreza. Las mediciones de pobreza se concentran generalmente en el uso de este indicador. Es evidente que estos datos son bastantes expresivos pero no necesariamente comprensivos de la globalidad del fenómeno, puesto que se define la pobreza en términos de carencias materiales expresadas monetariamente, pero fundamentadas en que las necesidades son determinadas culturalmente, a ello responde la diferencia entre urbano y rural.

El término pobreza, y la operacionalización del concepto incluye a los adultos mayores de nuestra sociedad, quienes en su mayoría se encuentran en los estratos pobres y de extrema pobreza. (MIDEPLAN, 2000)

2.2 Calidad de vida de los adultos mayores pobres

En el adulto mayor, si bien los ingresos son importantes, son un factor más en la constelación de los tantos aspectos que inciden en su calidad de vida. La situación de pobreza esta relacionada con las carencias que afectan a este grupo, especialmente las que tienen que ver con el acceso a la salud,

educación, recreación, vivienda, oportunidades de trabajo y otros. Todos estos aspectos redundan en aislamiento y abandono, pérdida del rol social y necesidades básicas insatisfechas, especialmente en lo referente a la salud, ya que como bien sabemos, esta etapa de la vida se caracteriza por la aparición de una multiplicidad de enfermedades, las que unidas a escasos ingresos empeoran la calidad de vida de un adulto mayor. (Zapata, 1999)

Podemos agregar además, que en las sociedades contemporáneas encontramos una serie de condiciones y cambios sociales que influyen de manera negativa en la calidad de vida de los adultos mayores, estos cambios configuran el contexto social que les impone restricciones y limitaciones a las oportunidades que satisfacen sus necesidades y actualiza sus potencialidades. En este contexto, se dificulta la capacidad del adulto mayor de elaborar respuestas y de encarar sus circunstancias, afectándose su nivel de bienestar y también de autoestima. Una de las ideas más difundidas de la vejez, es que ella es sinónimo de deterioro. Este estigma que se suma a su precaria situación económica, lleva además a una autoestigmatización que significa que las personas adoptan una actitud de “dejarse estar” y de desinterés.

Es por ello que en nuestra opinión, hay cuatro aspectos que influyen marcadamente en la calidad de vida de los adultos mayores:

a) La respuesta social frente al deterioro biológico propio del envejecer

Al envejecer hay un desgaste físico orgánico, no obstante, ello no significa necesariamente déficit, ya que se puede intervenir para atenuar y contrarrestar sus efectos sobre la capacidad del individuo de seguir desempeñando por sí solo sus actividades cotidianas. Por consiguiente, la disponibilidad y acceso a servicios de salud preventiva podría atenuar e incluso evitar riesgos de mayor deterioro. (Kornfeld, et al, 2005)

En forma predominante, en torno a los cambios biológicos se ha configurado el llamado Modelo Médico tradicional que ha conceptualizado a la vejez en términos de déficit y de involución, acentuando su percepción como un proceso degenerativo (ibid). A partir de esta concepción ha surgido también la idea de que la vejez es sinónimo de incapacidad, lo que se traduce en una actitud fatalista, de resignación, apatía y temor. Dichas actitudes frenan la iniciativa para buscar formas de mantenerse activo, relacionado con otros y mantener un buen funcionamiento físico y mental, disminuyendo la percepción de autoeficacia, es decir, a la confianza en que son capaces de responsabilizarse por lo que les ocurre, que es uno de los requerimientos para envejecer con éxito.

En síntesis, podríamos decir que la sociedad hasta ahora ha condicionado y estigmatizado una visión y autopercepción de la adultez mayor impregnada de menoscabo y minusvalía.

b) La pérdida de la ocupación, la disminución del ingreso económico y el deterioro de la identidad social

La presión por jubilar, la dificultad para seguir trabajando y el bajo monto de la jubilación tienen en sí ciertas consecuencias. Por un lado, empobrece a los adultos mayores, lo que les dificulta satisfacer necesidades como comprar medicamentos, pagar medios adecuados de locomoción, tener una adecuada nutrición, etc. Por otro lado, quedan en una situación de riesgo de exclusión social, en la medida que dejan de hacer actividades valoradas por la sociedad.

Al jubilar el adulto mayor, se le entrega el derecho práctico a no hacer nada, no sólo desde lo laboral, sino también desde la propia vida. El fin de la jubilación, es proporcionar el paso de la vida activa a la inactividad, conlleva una ruptura brusca, supone un descenso en los ingresos, como también, consecuencias en

lo psicológico. En este escenario, muchas veces el adulto mayor se convierte en carga para su grupo familiar y pierde su independencia y dignidad, puesto que en nuestra sociedad el trabajo es el medio para ganar el respeto de los demás, la propia identidad y el sentido de valía personal.

En otras palabras, la sociedad hasta ahora en Chile, ha sido incapaz de definir actividades que sustituyan en las personas aquellas asociadas al espacio laboral, por lo tanto no ha entregado un rol esencial al adulto mayor, con su consecuente pérdida de identidad y rol social que ello conlleva. (ibíd.)

c) La ausencia de un rol social del adulto mayor

Derivado de los puntos anteriores, podríamos decir que en nuestra sociedad aún falta una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de las personas mayores y en cuyo desempeño podrían percibirse útiles y conseguir reconocimiento social.

La ausencia de este espacio dificulta el cumplimiento de la autorrealización de los adultos mayores. La falta de un rol o de tareas culturalmente específicas conlleva la dificultad de no saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades.

De allí que los adultos mayores sin un rol social laboral, queden a la deriva en términos de espacio social y es por ello que la mayoría deba resignarse al estrecho mundo de las paredes del hogar, donde viven, y pasan inadvertidos sus anhelos. Estos aspectos dan sustento y así sostienen a la vez algunos teorías explicativas de esta etapa del ciclo vital como las que veremos a continuación. (ibíd.)

d) La ideología del viejísimo y la desvalorización social de la vejez

Todo lo anteriormente visto, sustenta esta ideología que define la vejez como una etapa de mera decadencia en lo físico y lo mental y proyecta sobre los adultos mayores una imagen de incapacidad, de inutilidad social, de obsolescencia y de rigidez (ibíd.). Estas ideas a pesar de ser totalmente erróneas, están incorporadas en nuestra cultura al extremo de llevarnos a denigrar y descalificar la vejez y a desvalorizar a los adultos mayores, discriminándolos y marginándolos del colectivo social.

Dicha imagen repercute en los adultos mayores, quienes la hacen suya y acaban por percibirse a sí mismos en tales términos. De ahí que acepten su deterioro como algo fatal y que tiendan a asumir una actitud de resignación y apatía frente a lo que les acontece. Esa conducta les restringe la iniciativa y les dificulta asumir un papel activo para crearse las oportunidades que se les ofrece, reforzando una serie de mitos y creencias estigmatizantes que existen de esta etapa de la vida.

2.3 Mitos y creencias de esta etapa de la vida

Todo lo anteriormente mencionado, se entrelaza y refuerza con una serie de **mitos** que los individuos tenemos en relación a este periodo vital. Dichos mitos refuerzan esta visión negativa y pasiva que se tiene de este grupo etéreo, y en gran medida inciden en la deteriorada calidad de vida que presentan muchos adultos mayores en Chile.

Los mitos o creencias, son apreciaciones valóricas, casi siempre negativas, asociadas fundamentalmente a limitaciones, pérdidas y falta de poder en los distintos ámbitos de vida del adulto mayor (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2003). Éstos ocasionan formas de actuar sociales o individuales que perjudican su adecuada inserción social.

“Las personas Mayores no tienen nada para aportar”

“Las personas de edad son una carga económica para la sociedad”

(ibid)

Este mito es sustentado principalmente desde la perspectiva económica, dado que los adultos mayores participan escasamente en la fuerza laboral y de actividades que generan recursos, por lo mismo se piensa que una vez jubilados ya no pueden continuar produciendo y ya no aportan a la sociedad.

Lo anterior, también proviene del cambio en las relaciones de producción, así es que desde una economía tradicional y de subsistencia a una a gran escala e industrial, los roles de los individuos varían significativamente. En la primera, las personas mayores podían aportar su experiencia y eran altamente valorados, y en la segunda, donde las máquinas tienen un papel central, los adultos mayores son desvalorizados social e individualmente ya que no se requiere de la experiencia y mano de obra de las personas mayores.

“Los adultos mayores son como niños” (ibid).

Es otro mito estigmatizante. Este infantiliza la vejez tanto física como psicológicamente. Se sostiene en el deterioro, ya sea sensorial o funcional del adulto mayor, que lleva a que ciertas características se asocien a la niñez. Por ejemplo: no controlar esfínteres y usar pañales, no poder masticar y necesitar de los alimentos triturados, entre otros.

Este tratamiento en general los invalida y los margina de derechos y deberes, por lo tanto, otros toman decisiones por ellos. En este sentido, difícilmente serán personas productivas o con alta autoestima si se les niega la posibilidad de continuar siendo adultos. (ibíd.)

Hemos tomado a modo de ejemplo estos dos mitos que socialmente producen, concientemente o no, un daño en la calidad de vida del adulto mayor. Los ejemplos utilizados nos permiten señalar o explicar por qué muchos de ellos que aún siendo autovalentes y con capacidades, no se puedan insertar laboralmente o realizar alguna actividad económica de manera independiente. (ibíd.)

Los mitos agudizan la concepción de los adultos mayores, como personas que se encuentran en una etapa de deterioro y declive, desde donde lo único que les quedaría sería aprovechar el tiempo libre, descansar y esperar la llegada de la muerte.

Paradójicamente, el derecho a retirarse de la vida laboral que fue un privilegio obtenido a través de años de luchas sindicales, en la realidad de hoy, en una sociedad en que los puestos son muy requeridos y las personas son más longevas, se obliga a las personas mayores a hacer abandono de sus puestos de trabajo o se les hace imposible el conseguir otro. Así, el retiro del trabajo tiene como consecuencia principal el empobrecimiento y el aislamiento social en la mayoría de los casos.

Es por lo anterior que, hablar solo de pobreza en el adulto mayor asociada exclusivamente a los ingresos, es insuficiente. Más bien se debe hablar de calidad de vida y evaluar cuáles son los factores que mayor incidencia tienen en su disminución o aumento. Algunos de ellos son:

- a) El retiro del trabajo, con la consecuente precariedad del ingreso y la pérdida de identidad y sentido de vida.
- b) La desvalorización de la persona anciana
- c) El aislamiento y abandono, etc.

Frente a estos factores que inciden negativamente en la vida de los adultos mayores, se observa que quienes se sienten más satisfechos son aquellos que han logrado mantener su hogar, los que han logrado adecuados niveles de autonomía y desarrollo personal. Se trata entonces de personas que han logrado contar con una red primaria de apoyo, fundamentalmente la familia, que les facilita su cotidianeidad sin exponerlos a una situación de dependencia económica y afectiva que facilite la vulneración de sus derechos.

Sin embargo, existen no pocos adultos mayores que lejos de encontrar en la familia el apoyo psicosocial que hemos descrito, ella se transforma en el centro de la agresión y violencia contra las personas

CAPITULO III

FAMILIA: NÚCLEO BÁSICO DE LOS INDIVIDUOS

Como un espacio de interacción, la familia está organizada de manera estable y estrecha sirviendo sus funciones a los fines de la reproducción biológica, la protección psicosocial, mediante la cual se engendra nuevas personas y responde por el desarrollo integral de todos los miembros y la inserción del individuo en la cultura y su transmisión, lo que se conoce como socialización.

3.1 La familia, características y funciones

La familia considerada como el grupo social primario, se caracteriza por establecer:

- comunicación directa, cara a cara entre sus miembros;
- interacciones relativamente exclusivas;
- conciencia de pertenencia al grupo;
- objetivos comunes y compartidos.

Como tal, la familia es la matriz de la identidad y del desarrollo psicosocial de sus miembros, y en este sentido debe acomodarse a la sociedad y garantizar la continuidad de la cultura a la que responde. El sentido de identidad de los hombres y mujeres esta determinado por el sentido de pertenencia a una familia particular, donde asume pautas transaccionales que perviven a lo largo de la evolución individual. (Miranda, 2000)

El conocimiento integral de la familia considera tanto sus aspectos generales como los particulares:

a) Estructural: hace referencia a las formas de unión de la pareja, tamaño, personas incluidas, parentesco, evolución histórica, etc. (ibid)

b) Interaccional o funcional: es lo relativo a las formas de relacionarse entre el hombre y la mujer, comunicación, distribución de roles, afecto, cohesión, adaptabilidad. (ibid)

c) Evolutiva: ciclo vital o modelo evolutivo; propuesta moderna desde el enfoque sistémico. (ibid)

En otro contexto sociodinámico, la familia es entendida como el grupo primario por excelencia, diferenciándose de los demás grupos por su evolución bio-social.

3.2 Enfoque estructural de la familia

La familia funciona en contextos sociales específicos, en un esquema conceptual que posee tres componentes:

- La estructura de la familia es la de un sistema socio-cultural abierto en proceso de transformación
- La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una cierta continuidad y fomenta al crecimiento de cada miembro.
- La familia se desplaza a través de un cierto número de etapas que conlleva a una exigencia de reestructuración.

A partir de estos conceptos, la estructura de la familia se define en las siguientes dimensiones:

a) Esquema de transacciones e intercambios

La familia es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan sus miembros. Cuando las transacciones se hacen repetitivas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Estas pautas transaccionales están al servicio de la homeostasis del sistema, regulando la conducta de los miembros de la familia.

Las pautas transaccionales son formadas y mantenidas por dos sistemas de coacción: uno es genérico y comprende las reglas universales que gobiernan la organización familiar (como es la jerarquía de poder entre padre e hijos) y el segundo es de tipo idiosincrásico, referido a las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. (ibíd.)

La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse a circunstancias internas y externas cambiantes. Ante situaciones o hechos que desequilibran el sistema, los miembros de la familia parecen considerar que los demás no cumplen con sus obligaciones, aumentando las demandas de lealtad familiar o recurriendo a maniobras de inducción de culpabilidad sobre algunos de sus miembros.

b) Características organizacionales de la familia

En esta dimensión, el sistema familiar se diferencia y desempeña funciones vitales a través de diversos subsistemas, los que pueden estar constituidos por generaciones, sexo, interés o función. Cada individuo se sitúa en distintos subsistemas, en los que ejerce diferentes niveles de poder, aprende habilidades diferentes y se incorpora a diversas relaciones complementarias. (ibid)

Subsistemas:

Subsistema conyugal: complementariedad de funciones que les permite aceptar la interdependencia y a la vez operar en equipo. (Complementar funciones como pareja, capacidad de trabajar en equipo etc.)

Subsistema parental: las transacciones que realizan los cónyuges están orientadas a las funciones de alianza y socialización de los hijos. Eventualmente el subsistema parental puede incluir un abuelo o tíos e incluso a un hijo parentalizado, al cual se le ha delegado autoridad para cuidar y disciplinar a sus hermanos.

Subsistema fraterno: Conforman el primer grupo de pares del niño (hermanos, hijos). Dentro de este contexto el niño aprende a trabajar con otros, a jugar, a pelear y generalmente aprende unos de otros. Ellos desarrollan sus propios patrones transaccionales de negociación de conflictos, cooperación, competencia y autonomía progresiva.

Cada subsistema posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros. El desarrollo de las habilidades interpersonales que se logran, están basadas en la no interferencia de los sistemas entre sí. Para esto, los límites de los subsistemas deben ser claros y estar constituidos por reglas que definen quienes participan en cada uno de ellos. (Ibíd.)

3.3 Los límites en la familia

Éstos son las fronteras que protegen la diferenciación de los subsistemas. Los límites de un subsistema están definidos por pautas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen. Los límites definidos con precisión

permiten el desarrollo de las funciones específicas al interior de cada subsistema de parte de los individuos que lo integran. (ibíd.)

Se señalan tres límites:

a) Aquellos que permiten la autonomía de sus miembros de la familia y el desarrollo de las funciones al interior de los subsistemas, es decir límites claros. (ibid)

b) Aquellos que interfieren en la autonomía de los miembros por su exaltado sentido de pertenencia, es decir límites difusos. (ibid)

c) Aquellos que dificultan la comunicación entre los subsistemas familiares por la excesiva autonomía de sus miembros, es decir límites rígidos. (ibid)

La importancia de la claridad de los límites radica en la delimitación que hace la estructura de poder, centrada en el subsistema parental (Ibid). Incide además en las repuestas que se pueda tener frente a las situaciones de estrés que se viva en el sistema familiar.

3.4 Respuestas del sistema familiar al estrés ambiental:

La familia en su evolución esta sometida a la presión interna que se origina en los requerimientos de sus propios miembros y subsistemas, y además externa, basada en demandas de acuerdo a las instituciones sociales significativas y sus relaciones globales.

El estrés sobre un sistema, en este enfoque estructural, puede provenir de cuatro fuentes:

- Contacto estresante de un miembro con fuerzas extrafamiliares

- Contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas externas
- Estrés en los momentos transicionales de la familia y
- Estrés referente a problemas de idiosincrasia (expectativas)

La repercusión que en el sistema familiar tienen las situaciones estresantes, se denomina resonancia, la cual esta determinada por el grado de sensibilidad con que la familia se deja afectar por el estrés originado en el medio interno o externo a ella (Ibíd.). La forma en que la familia acoga al o los miembros estresados, denota los sistemas de apoyo que ésta posee.

3.5 Tipos de respuestas a las situaciones estresantes en la familia (ibid.)

1. Aquellas que procuran atenuar la tensión a través de las relaciones interpersonales (apoyo familiar), disminuyendo notoriamente el estrés provocado.
2. Aquel estrés que actúa a través de los límites, desviando el conflicto a través del ataque a algún miembro de la familia, o formando coalición contra algún subsistema.
3. Aquel estrés que no se resuelve y genera otro, aumentando las tensiones.
4. La familia en su totalidad se puede ver estresada porque la intensidad del problema es tal, que imposibilita el apoyo mutuo.

Estas respuestas están relacionadas con el ámbito comunicacional de la dinámica familiar que veremos a continuación.

Enfoque interaccional de la familia

Este enfoque postula que la comunicación es el factor más importante que afecta a una persona y sus relaciones con los demás. (ibid.)

Es la conducta verbal y la no verbal dentro de un contexto social, puede significar interacción o transacción. Incluye todos los símbolos y claves que utilizan las personas para dar y recibir información.

Los símbolos y claves son de una gran variedad en la pragmática comunicacional, por lo cual distinguiremos tres indicadores observables en el funcionamiento familiar (ibid):

1. Las categorías de la comunicación: relacionadas con los aspectos instrumentales, informativos y afectivos de la comunicación.

2. Los estilos de comunicación: Están directamente relacionados con las categorías anteriores en cuanto a expresión verbal. En este contexto se plantean la existencia de cinco estilos (ibid):

- **El suplicante:** Es congraciativo, trata de complacer y de disculparse, sin expresar desacuerdos en ninguna forma, su voz es quejumbrosa, su cuerpo pareciera pedir limosna, en su interior siente que nada vale, la aprobación de los demás es fundamental para su existencia. (ibíd.)

- **El acusador:** Siempre encuentra falla en los demás, es un dictador, se siente superior. Su voz y su cuerpo son duros, tensos y amenazantes. En su interior está solo y se siente fracasado, pero necesita hacerse respetar. (ibíd.)

- **El superrazonable:** Es exageradamente correcto, no demuestra ningún sentimiento, es calmado, frío e imperturbable, trata de enfrentar la amenaza como si fuera inofensivo. Su voz es monótona, su cuerpo es rígido, sin movimientos, pero en su interior se siente indefenso. (ibíd.)

- **El irrevelante:** Dice o hace cosas que tienen poca relación con lo que dicen o hacen los demás. La voz es como un sonsonete, con su cuerpo se distrae, de manera de ignorar la amenaza. En su interior siente que a nadie le importa, no existe lugar para él. (ibíd.)

- **El congruente o abierto:** Todos los elementos del mensaje van en una misma dirección. La voz dice palabras que concuerdan con la expresión facial y la posición del cuerpo. Las relaciones son fáciles, libres y honestas y hay poca amenaza para la autoestima. (ibíd.)

3.6 Funciones de la Familia

Si definimos la **función** como el conjunto de conductas que satisfacen las demandas recíprocas de los miembros de una familia, comprobamos que éstas pueden ser, facilitadoras del desarrollo de los sujetos o, por el contrario, rígidas en tanto determinan que las personas interactúen sin un reconocimiento de su propia identidad y la de los otros. (Grossman, et al, 1992)

Una de las características que distingue y genera expectativas de la familia es su capacidad de integrar muchas funciones, dentro de las cuales podemos señalar las siguientes:

a) Socializadora

El término socialización implica la noción de adaptación y acomodación del niño a su medio. Para esta concepción, los padres representan el modelo de la sociedad en que viven y transmiten a sus hijos los valores de esa cultura.

Las familias reciben las influencias de los valores de la instancia social, de la vida cotidiana y de las relaciones interpersonales específicas de un grupo familiar, todo ésto unido, conforma una influencia significativa en la formación de la cultura.

De este modo, cada familia es portadora de los valores y creencias propias de la cultura donde se encuentra inmersa, asimismo crea, en función de tales valores, códigos propios, alrededor de los cuales se organizan las relaciones interpersonales que los miembros de cada unidad familiar establecen entre sí.

En este sentido, los grupos familiares tienen una incidencia afectiva e ideológica sobre el individuo a lo largo de su vida, cada grupo familiar posee una interpretación específica de los valores de su cultura, y así la transmite por medio de sus propios códigos generando sus particulares reglas de interacción grupal. (Grossman, et al, 1992)

Es en los valores de la cultura donde están impresos los contenidos que otorgan identidad a los sujetos. Si la familia es matriz de identidad, cada grupo familiar tendrá una matriz propia para la formación de sus miembros, más o menos semejante al modelo dominante, con las particularidades que surgen de la pertenencia a distintos sectores sociales y culturales. (ibíd.)

b) Reproductora o biológica: Toda sociedad regula las actividades reproductoras de sus adultos sexualmente maduros. Una manera de hacerlo consiste en establecer reglas que definen las condiciones en que las relaciones sexuales, el embarazo, el nacimiento y la crianza de los hijos son permisibles. (www.monografias.com)

c) Económica: corresponde al mantenimiento de los miembros no productivos; a la satisfacción de las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, etc. también responde a la división de las tareas domésticas, como aprendizaje de la división del trabajo en el mundo laboral, transmisión de bienes y patrimonio. (ibid)

d) Protectora: corresponde a la seguridad y cuidados que la familia debe proveer a sus miembros, sean estos niños, inválidos y los ancianos. (www.bcn.cl)

e) Solidaria: dice relación con el desarrollo de afectos y reciprocidad en los individuos, los que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo. (ibid)

Son estas algunas de las funciones y lo que induce a señalar a la familia como el núcleo primordial de la sociedad, puesto que es aquí donde se establecen los primeros valores y principios de los individuos. Por lo mismo es que cuando por distintos factores o circunstancias éstos se ven trastocados o dañados, surgen situaciones que ponen en riesgo la convivencia, interrelación y sanidad física y mental del individuo afectado.

Una de las circunstancias que mayormente daña la convivencia e interrelación entre los miembros de una familia es la violencia en cualquiera de sus expresiones.

3.7 Familia, Violencia y sus significados

La violencia es un fenómeno sobre el cual tenemos intensas vivencias. Forma parte de nuestras experiencias cotidianas y la mayoría de las veces es una “presencia invisible “ que acompaña gran parte de nuestras interacciones diarias. Sin que nos demos cuenta, casi “naturalmente” la violencia circula en torno nuestro, ejemplo de ésto, son las noticias periodísticas referida a un atentado político, la información sobre desmanes en un lugar público, una violación, homicidio, un empujón en la micro, un insulto cuando se conduce el auto, etc.

La violencia se compone de actos inaceptables que atentan contra la esencia misma del “ser persona” en el mundo, se desarrolla en diferentes ámbitos (familiar, político, económico, social, etc.), adquiere formas específicas de aparición, en función de los contextos en que se manifiesta, contextos que se encuentran determinados histórica y socialmente (Grosman et al, 1992).

El mundo privado de la familia, caracterizado por ser un reducto de amor en donde la coerción física o psíquica no se concibe como una posibilidad fácilmente aceptable, ni por cierto deseable en las relaciones entre cónyuges, hijos u otros familiares. Sin embargo, ello no es espontáneo, requiere un especial cuidado y atención para evitar, en muchos casos, que el maltrato circule y dañe las interacciones entre los distintos miembros.

Si para la sociedad en su conjunto ya constituye un logro ético trascendente la eliminación de la violencia en la relación humana, es obvio el anhelo de que el núcleo más íntimo, donde el hombre y la mujer y cada uno de sus miembros debe recibir día a día apoyo en su actividad cotidiana, y donde el niño desarrolla su proceso de socialización, se halle libre de coacciones físicas y psíquicas.

Dado que la familia, cumple o se espera que cumpla una de las funciones de socialización más importante en la formación de los sujetos, una disminución de los niveles de violencia en la misma puede tener efectos positivos no solo entre los individuos que conforman el núcleo familiar, sino también, sobre el conjunto de la sociedad.

3.8 La violencia intrafamiliar: un problema social

La violencia doméstica no constituye una conducta moderna, sin embargo es en este contexto, especialmente, cuando la sociedad ha estado interesada en visibilizar esta conducta transformándola en un problema social. Esta nueva mirada acerca de la violencia doméstica responde a diversas razones que analizaremos a continuación.

En primer término, la familia ha dejado de ser un reducto privado, sujeto a las decisiones internas y a la autoridad de quien la gobierna. La protección integral de la familia a la cual se tiende, ha conducido a la búsqueda de mecanismos que permitan detectar funcionamientos deficientes con vistas a su prevención y tratamiento. En esta perspectiva, las agresiones domésticas constituyen un síntoma de distorsiones que el Estado procura enmendar con distintos apoyos. La neutralidad del poder público desaparece ante circunstancias que ponen en peligro la organización familiar; hoy en día, el resguardo de la intimidad doméstica no excluye el auxilio de la comunidad, que solo puede tener lugar si se conocen los problemas que afectan a la dinámica familiar. Por esta razón, poner al descubierto la contradicción entre la imagen de la familia como “isla de amor y armonía” y los verdaderos comportamientos violentos que tienen lugar en la misma, no implica un riesgo para la familia como tradicionalmente se consideraba, sino por el contrario una preocupación por el incremento de su bienestar.

El aspecto señalado que explica la mayor exhibición del problema con el constante desarrollo de estudios y programas, no puede pensarse aisladamente, sino conectado con la nueva posición de la mujer dentro de la sociedad y la consideración del niño como sujeto de derechos. En suma, si el maltrato familiar se muestra ahora en el mundo público, es por la existencia de relaciones de poder que lo hacen posible. De esta manera, la violencia doméstica se constituye en dominio del saber, de igual manera que anteriormente otras relaciones de fuerza confinaron tales hechos al silencio.

La antigua atribución del *Pater familias* de disponer de la vida de la mujer y de los hijos es reemplazada por el actual poder del Estado de amparar la vida, integridad físico-psíquica y personalidad de los integrantes de la familia, derechos humanos éstos que corresponden a todo ciudadano en un Estado de derecho. (Grosman et al, 1992)

Este proceso histórico condiciona la recepción de la violencia familiar en el discurso público, donde se observa una línea evolutiva que va desde “la voluntad de ignorar” (instancia de censura) hasta “la voluntad de saber” (Kozicki, op cit, Grosman 1992). Por lo tanto, la proliferación de estudios sobre la violencia familiar es el resultado del cambio en las relaciones de poder dentro de la familia. Por una parte, la pérdida del poder disciplinario del hombre sobre la mujer, y por la otra, los límites que el Estado ha puesto a los padres en su función de educar y formar a las nuevas generaciones, ya sea educando para prevenir este problema o sancionando aquellas conductas que trasgreden el rol protector que debe cumplir la familia a través de mecanismos jurídicos como es la Ley de VIF que sanciona el maltrato familiar.

3.9 Origen de la violencia humana

Existen dos grandes teorías, que buscan dar explicación a este problema: una abarca los enfoques instintivistas (Grossman et al,1992), los que coinciden en afirmar que el comportamiento violento se debe a un instinto innato, programado filogenéticamente, que busca su descarga. Este enfoque señala que hay una acumulación de energía que constantemente y frente a ciertos estímulos, se volcaría en actos destructivos. La energía del impulso agresivo es de tal fuerza, que incluso puede tener lugar su explosión en el vacío, o sea, sin incitación externa demostrable (Fromm op.cit. Grosman, 1992). Se trataría de una excitación interna consustancial que persigue su salida y hallaría su expresión independientemente de que el estímulo externo sea adecuado o no. Este instinto, sería un impulso biológico adaptativo que sirve para la supervivencia del individuo y de la especie. Sin embargo, dicho instinto se ha constituido en una amenaza, más que una ayuda a la supervivencia, ya que ha espaciado o separado a los individuos de una especie dentro del hábitat.

En esta misma línea, la concepción freudiana *Trieb*, como fuerza impulsora relativamente indeterminada, en cuanto al comportamiento que produce y al objeto que brinda la satisfacción, difiere de las teorías del instinto. Utiliza la teoría del instinto en sentido clásico, es decir, como un esquema de comportamiento heredado, propio de una especie animal, que varía de uno a otro individuo, se desarrolla según una secuencia temporal poco susceptible de perturbarse, y parece responder a una finalidad. (Grosman et al, 1992)

En Freud, el concepto de **pulsión** está referido a un proceso dinámico consistente en un **impulso** (carga energética, factor de movilidad) que hace tender al organismo hacia su fin. Para él, una pulsión tiene su origen en una excitación corporal (estado de tensión), su **fin** es suprimir el estado de tensión

que reina en la fuente pulsional y gracias al **objeto**, la pulsión puede alcanzar su fin (ibid).

Freud, distingue entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte. Estas dos se constituyen en los principios fundamentales que presiden la actividad concreta del funcionamiento del organismo. (Freud, op cit, Grossman, 1992)

a) **Las pulsiones de muerte** designan una categoría fundamental de pulsiones que, contrapuestas a las pulsiones de vida, tienden a la reducción de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico.

Éstas se dirigen en primer término, hacia adentro y buscan la autodestrucción; en segundo término, se encaminan hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva.

b) **Las pulsiones de vida**, contrapuestas a las pulsiones de muerte, abarcan no sólo las pulsiones sexuales, sino también las de auto conservación.

De acuerdo a la posición psicoanalítica, la violencia o pulsiones destructivas o agresivas son derivadas de la pulsión de muerte en su proyección hacia el exterior. Estos impulsos tienen su origen en la constitución del organismo humano, y si bien pueden ser distinguidas del instinto en su expresión clásica, están orientadas por el organismo y el psiquismo del individuo.

Los conductistas, desde una posición diametralmente opuesta al psicoanálisis juzgan que el comportamiento del hombre es modelado por la influencia del medio ambiente, o sea, por los factores sociales y culturales que lo circundan. El objetivo, desde esta corriente es producir los refuerzos necesarios para provocar el comportamiento deseado en los individuos. (ibíd.).

El psicoanálisis, distingue la agresión benigna de la agresión maligna. La primera es el impulso genéticamente programado para atacar o huir, cuando el ser se haya amenazado en sus intereses vitales. Este impulso se encuentra al servicio de la especie y del individuo, es biológicamente adaptativo y por tanto cesa cuando termina la amenaza. (Fromm op. cit. Grossman, 1992)

La agresión maligna de destructividad no esta programada **filogenéticamente**, es decir desde el origen y desarrollo evolutivo de la especie, no posee finalidad alguna y sólo sería propia del hombre. Fromm rechaza tanto las teorías instintivistas como las conductistas, pues ambas coinciden en excluir la responsabilidad personal y la libertad, ya que siempre el acto depende de hechos exteriores al hombre. En el primer caso, se evita analizar las causas de la destructividad, porque se trataría de un impulso consustancial del hombre, e ingobernable. En el segundo, no se concede la debida atención a las fuerzas psíquicas que determinan el comportamiento y la posibilidad de que el conocimiento o comprensión de estas fuerzas inconscientes pueda producir cambios en la carga y dirección de la energía en ellas contenida.

3.10 Concepciones acerca de la etiología de la violencia intrafamiliar

La mayor parte de los estudios realizados acerca de la violencia intrafamiliar han tenido como objeto indagar acerca de la etiología (Ander-Egg, 1995) de ésta, considerando esencialmente el maltrato físico y psíquico, unido a los ataques corporales. Por otra parte, también concentran su atención en la conducta agresiva del hombre hacia la esposa o compañera al considerar que generalmente la víctima es mujer.

Dentro de este contexto, los estudios pueden ser divididos en tres grandes grupos según la perspectiva adoptada, subdividiéndose algunos en subgrupos de acuerdo con diversas variables, como los que veremos a continuación.

a) Modelo psiquiátrico

En este nivel están aquellas indagaciones que atienden a las causas de la violencia ligadas a la persona del sujeto agresor: personalidad, enfermedades psíquicas, alcoholismo y drogadicción. En este modelo, un individuo que maltrata a otro está psíquicamente perturbado, explicándose la brutalidad desplegada como una **conducta patológica**; es decir que no habría influencias externas determinantes del proceder violento. Al presentar el maltrato como la consecuencia de una anormalidad psicológica, las desviaciones del comportamiento sólo tendrían una razón individual. (Lau, S, op.cit , Grosman, 1992)

Dentro de este modelo, por ejemplo se incluyen las investigaciones que relacionan alcoholismo con violencia, habiéndose demostrado el vínculo estrecho entre ambas variables. El alcoholismo provoca consecuencias económicas sociales que agudizan el deterioro de la dinámica familiar. Teniendo en cuenta que de ordinario el hombre es el principal sostén asistencial del núcleo, las dificultades en el trabajo o incluso la pérdida del empleo, provocadas por la ingesta de alcohol, implican la imposibilidad de cubrir gastos que se contrajeron, deudas y las discusiones por dinero constituyen otro motivo de discordia familiar.

El estado psicológico que genera la embriaguez conduce a la pérdida de inhibiciones y, como resultado, a estallidos de violencia incontrolables que tienen como víctimas a la mujer, hijos y cualquier miembro vulnerable de la familia como son los adultos mayores.

b) Modelo psico-social

En este modelo pueden incluirse diversos componentes como los siguientes:

- La agresión es el resultado de cierta interacción entre los individuos. Se trata de formas de comunicación que conducen a los estallidos de violencia. Es un sistema donde a la acción de uno corresponde la reacción del otro, y el maltrato asume el carácter de síntoma de una dinámica distorsionada. Esto hace referencia a actitudes de desprecio, agresión verbal y aún de sumisión, que constituirían conductas destinadas a provocar la violencia. Esta representaría una forma de relación humana, en la cual el que la ejerce, interacciona con la víctima de modo tal que esta última invitaría al ataque físico (provocación). El silencio, gestos, mímicas, miradas desdeñosas, muecas burlonas, actitudes como interrumpir constantemente al otro, hablar más fuerte, hacer el rol del que no entiende, cambiar de tema repentinamente, son recursos empleados en las llamadas peleas familiares, técnicas que pueden conducir a los estallidos violentos del otro. (Grosman et al, 1992)

Se trata de formas de comunicación que consciente o inconscientemente hacen imposible una discusión honesta. Los involucrados no alcanzan a percibir el juego de acción y reacción, de ataque y defensa; sólo ven las agresiones del otro, pero no las propias.

- A partir de un esquema diferente, diversas investigaciones establecen que la VIF, tiene una estrecha relación entre la violencia que los protagonistas vivieron durante la infancia y la agresión desplegada o sufrida en la relación conyugal. Si un individuo aprende que la violencia constituye un comportamiento apropiado cuando se siente frustrado o irritado, entonces la agresión será un modo de adaptación al stress (Gelles, op cit, Grosman 1992). Se afirma en tales estudios, que el comportamiento violento configuraría una conducta aprendida

socialmente, es decir, adquirida bajo el influjo de concretas condiciones ambientales (individuos que en su infancia se desarrollaron en un ambiente de violencia, donde la madre era golpeada por el padre).

c) La **teoría del modelo agresivo** ofrece dos variantes: una se refiere al aprendizaje por el resultado, y la otra, al aprendizaje por imitación.

Aprendizaje por el resultado: si alguien experimenta que obtiene un resultado o un efecto deseado, a través de una acción agresiva, entonces seguirá utilizando este procedimiento en situaciones similares. El resultado, en este caso, confirma que el ataque constituye un medio útil para satisfacer necesidades.

Aprendizaje por imitación: sostiene que un determinado comportamiento tiene lugar por la percepción del mismo en otras personas; es decir, la conducta se adquiere por observación o imitación.

Se señala, por tanto, que existe una fuerte correlación entre la conducta violenta y el severo castigo que el autor ha sufrido por parte de los progenitores. Por una parte, cuando para los padres las palizas constituyen la última instancia en la educación, el niño percibe que ésta es la forma de imponerse frente a situaciones conflictivas. Por la otra, cuando el niño observa que el padre castiga a su madre, aprende un determinado modelo por imitación, y también por el resultado. Piensa que el padre prevalece a través de las agresiones.

(Gwartney, op cit, Grosman, 1992) .

Los modelos agresivos utilizados como estrategias para dominar ciertas situaciones pueden recibirse no sólo en el entorno vital, sino a través de los medios de comunicación. Este aprendizaje también es posible que emerja de una relación amistosa con la figura imitada, ya sea por su alto prestigio social, el

afecto que despierta, o bien por la poca independencia y seguridad del observador.

d) Modelo socio-cultural

En este modelo la violencia es consecuencia de la **estructura de la sociedad global**. En el se perfilan diversas expresiones: una referida a la desigualdad sociocultural dentro de la cual puede distinguirse la que se manifiesta a través de la diferencia de género, y la que tiene lugar por la pertenencia del individuo a sectores sociales de escasos recursos. La otra se vincula con las normas y también con actitudes generales de violencia en el ámbito social, que por cierto, se conectan con la desigualdad sociocultural. (Grosman et al, 1992)

i. En la primera orientación se halla la denominada **teoría de los recursos**, según la cual el uso de la fuerza o su amenaza se relaciona con los recursos que posee una persona (medios económicos, inteligencia, prestigio, respeto, autoridad etc.). El empleo de la violencia sería, un recurso frente a la frustración. (Ibíd.)

En esta tesis se parte de la familia como un sistema social dentro del cual los modelos de dominación se fundan en categorías sociales de edad y sexo. Habría entonces un sistema jerárquico donde el adulto tiene una posición más elevada que el niño, y el hombre más que la mujer. De acuerdo con la ubicación en dicho sistema jerárquico, se hallarían distribuidos los recursos; esto significa que el esposo o padre, que está en la cúspide, dispondría de más recursos que aquellos que se hallan en rangos inferiores. Esta posición social es reafirmada por leyes, tradiciones, normas sociales e instituciones. La violencia dentro de esta tesis se produce cuando el esposo fracasa en la posesión de las

habilidades o capacidades sobre las cuales se supone que afirma su status superior. (ibíd.)

Por tanto, la violencia del hombre prevalecería en las familias donde este se halla en un estado inferior en relación a su cónyuge, es decir, cuando no puede cumplir con su rol de sostenedor de la familia. De esta manera pierde prestigio ante sus propios ojos y ante los demás. Si la mujer dispone de recursos que lo sobrepasan, para no perder su situación dominante como cabeza de familia, utiliza la violencia, y a través de este mecanismo intenta recuperar y defender su posición dentro de un sistema. El uso de la fuerza asume el carácter de instrumento que le permite obtener un objetivo socialmente aprobado, es decir el rol de liderazgo en la familia. (Dibble, Ursula, op cit, Grosman, 1992)

ii. en otra perspectiva, la agresión es vista como ***una forma del ejercicio del poder***, y tendría lugar cuando dicho poder es cuestionado, o sea cuando se produce un enfrentamiento. Quien posee el poder puede castigar; tiene la posibilidad de represión ante actos no aceptados, en otros términos, la violencia se ejercería frente a todo comportamiento que implique o sea visto por el agresor como una resistencia a dicho poder.

Esta idea de poder ligada a la de autoridad, tendría su expresión en la desigualdad existente en la relación entre hombre y mujer. La explicación de la agresión como un ejercicio del poder contiene en su interior la consecuencia inversa, o sea, el acrecentamiento de la violencia a medida que se intensifica el cuestionamiento de dicho poder. El hombre haría uso de la fuerza ante la mujer que pone en peligro su función de dominio. Dicho de otra manera, cuando se crea un desfasaje entre el rol asignado y el rol real dentro de la familia. El uso de la fuerza por parte del hombre sería un modo de controlar a la mujer a fin de mantener su dominación, o sea que funcionaría como una forma de

sometimiento. A la vez, el movimiento de la mujer hacia una situación de mayor igualdad conduciría a un incremento de la violencia familiar.

iii. En la **posición feminista radical**, la violencia del hombre hacia la mujer es característica de su posición social en el patriarcado, en el cual la hegemonía cultural y política de los hombre se apoya sobre el control social de las mujeres. El control debe mantenerse continuamente, y debe ser ejercido por cada hombre. La violencia tiene como objetivo mantener a la mujer a una posición socialmente subordinada. (Grosman et al, 1992)

La naturaleza privada de la agresión familiar asumiría un carácter social cuando la violencia del individuo es sostenida implícita o explícitamente desde el exterior. Es decir, el hombre en la familia se encontraría en su derecho, bajo la tutela de las distintas instituciones sociales.

iiii. Se afirma que el potencial de violencia no se manifiesta exclusivamente del hombre hacia la mujer, sino también **del fuerte hacia el débil**, de un hombre hacia otro, de un joven hacia uno más viejo. Es decir que las estructuras sociales que contienen formas violentas repercuten en todas las relaciones humanas. (ibíd.)

La violencia estructural de la sociedad es, pues, el presupuesto de la violencia familiar. Las condiciones alienantes de vida y de trabajo provocan en el individuo un sentimiento de frustración que no se puede descargar en el lugar de trabajo y que se vuelca en el hogar sobre los miembros de la familia, violencia expresiva provocada por el stress estructural (ibíd.).

El hacinamiento, la carga física y psíquica originada en las formas deficientes de trabajo, el transporte inadecuado etc, son todas circunstancias que

potencian las agresiones en el seno de la familia, y se desencadenan a través de un cierto número de catalizadores como, por ejemplo, el alcohol. (ibíd.)

También se ha sostenido, que la ***cosificación de las relaciones humanas*** en el capitalismo, con desiguales condiciones de distribución de la riqueza, obliga a la familia a una función compensadora, es decir, a la reparación del stress cotidiano. Pero cuando esta situación de compensar el stress se frustra, se originan nuevas tensiones que incrementan las originales en el medio externo, descargándose en el hogar, el cual es visto como el único medio legítimo para la explosión tensional.

Con estos antecedentes se buscó ahondar en ciertas tesis que explican la violencia intrafamiliar, sus posibles causas y origen de acciones violentas. Contenidos, que en capítulo posterior favorecerán la comprensión de las diversas temáticas que se involucran en la problemática de maltrato en el adulto mayor.

3.11 Condiciones Estructurales de la Violencia

En este punto pasamos a describir, específicamente, las características de las estructuras familiares que se desarrollan como consecuencia de los acuerdos implícitos de familiares y que se constituyen en promotoras de las acciones violentas.

Existen características de la organización familiar que facilitan la aparición del fenómeno violento (Grosman et al, 1992):

- a) Una organización jerárquica fija e inamovible, basada en la creencia, muchas veces explícita, en desigualdades naturales. (Ibid)

- b) Un sistema de autoridad en el que la distribución del poder se organiza en concordancia con las jerarquías, conformando relaciones de dominación/ subordinación autoritarias. (Ibid)
- c) Una modalidad relacional, cercenadora de la autonomía, en tanto los miembros de la familia interactúan rígidamente, esto es, sólo en términos de funciones con relación a otros y sin posibilidad de recortar su propia identidad. De manera que son y actúan como el sistema les impone ser, y permanecen inmovilizados en sus lugares. (ibid)
- d) Fuerte adhesión a los modelos dominantes de género, o estereotipos de género, Esto significa también una rígida adhesión a los supuestos explícitos e implícitos de la cultura, lo que conduce a una significativa contradicción entre ambos, puesta de manifiesto en las prácticas de interacción. (ibid)
- e) Una comunicación de significados que invisibilizan el abuso e imponen naturalidad al hecho dentro de la familia. A estas condiciones estructurales de la violencia se suma una condición externa de consenso social, mantenidas por sectores tradicionales que otorgan legitimidad al agresor y dejan sin recursos a la víctima para actuar frente a la situación. (ibid)

Estas características no actúan aisladas, sino superpuestas en una interacción continua que puede llevar a la presencia de la totalidad de los componentes o el predominio de uno o varios sobre el resto. Del mismo modo, puede afectar a cualquier miembro familiar, con la condición de que sea más indefenso social, económica o culturalmente. Como son las mujeres, los niños, los discapacitados y los adultos mayores.

CAPITULO IV:

ADULTO MAYOR Y MALTRATO

El maltrato hacia las personas mayores constituye un problema social, el cual se presenta de diversas formas y en distintos contextos. Son estos temas los que a través de este capítulo desarrollaremos.

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL MALTRATO

Definir el maltrato en el adulto mayor presenta una serie de dificultades, en primer lugar, porque es complejo diferenciar estos malos tratos de otras formas de violencia intrafamiliar, Segundo, porque el concepto tiene una significativa connotación cultural, de los valores predominantes, las emociones y la ética imperante. También está influido por las diferencias regionales, étnicas, de clase, género y mucho otros factores que hacen que lo que para una persona, comunidad o país pueda ser abusivo no lo sea para otros (Russell, 1999). Es por esto que este concepto al igual que otros requiere estar situado en un lugar y momento determinado.

Para identificar y detectar el maltrato y/o negligencia en las personas mayores, se hace necesario que se llegue a un consenso en la definición del término, de manera que todos manejen un mismo concepto, común para todos. Sin embargo, el intento por definir el maltrato ha venido cargado de problemas y dificultades tanto en la investigación, como en el desarrollo y la práctica política, especialmente en aquellos casos donde el maltrato y/o la negligencia es sutil, la línea entre la posible víctima y el responsable del maltrato está borrosa, o cuando ese maltrato y /o negligencia no produce una inmediata disminución de la calidad de vida de la persona mayor (Papadopoulos y la Fontaine; Gordón y Brill, op cit , Pérez, 2004).

Existen varias razones que pueden explicar los problemas que han surgido al intentar alcanzar un consenso en la definición de maltrato a personas mayores, entre ellas cabe destacar (Papadopoulos y la Fontaine, op cit, Pérez, 2004):

- La diferencia de valores, actitudes y creencias individuales o, de un grupo de personas, que definen el maltrato.
- El concepto de maltrato ha sido desarrollado desde la perspectiva de los profesionales sin consultar a los adultos mayores sobre que creen ellos que es un comportamiento abusivo.
- La falta de voluntad, por parte de profesionales, la sociedad y las instituciones, para reconocer que el maltrato es una cuestión importante.
- La falta de discusión y cooperación entre los diferentes organismos y profesionales que trabajan con personas mayores.
- Las diferentes perspectivas con que los investigadores/as se han aproximado a este tema, desde la víctima, la persona cuidadora, el médico, la enfermera, organismos de servicios sociales, etc. (Glendenning, op cit, Pérez, 2004)

Por estas razones, diferentes autores han desarrollado, numerosas definiciones, que han sido utilizadas para propósitos diferentes, creando, al mismo tiempo barreras a la hora de conseguir un entendimiento común del maltrato a personas mayores. (Pérez, 2004).

Las primeras definiciones de malos tratos se referían a necesidades no atendidas de una persona anciana, razonamiento que proviene de los estudios acerca de la situación de necesidad que afectaba a los más marginados, dentro

de los cuales se encontraban los adultos mayores. Dada su amplitud el concepto fue abandonado ya que podía referirse a muchas y diversas necesidades de las personas mayores, que aún, en la actualidad no han sido resueltas en su totalidad.

En la década de los 90 el concepto se fue acotando y dentro de las muchas definiciones, algunas lograron tener gran aceptación entre investigadores y personal a cargo de personas mayores, por ejemplo:

“El maltrato se puede definir como aquellas situaciones no accidentales en las cuales un anciano sufre daños físicos, privación de sus necesidades básicas o daño psíquico como resultado de un acto o una omisión por parte de quienes deben cuidarle” (Valentine y Cash, Milner, op cit, Rusell, 1999).

En el mismo año, Beauchemin J.P. plantea que el maltrato es uno de los aspectos de la violencia contra personas mayores, definiendo que “la violencia es la coacción física y psicológica ejercida sobre una persona. La violencia cubre dos aspectos: negligencia y/o abandono y maltrato. La negligencia es no atender las necesidades de las personas de edad, tanto a nivel físico, psíquico, afectivo como espiritual. El maltrato es daño para la salud o el bienestar de una persona anciana”. (Beauchemin, op cit, Rusell, 1999)

En 1991, Rosalie Wolf define el maltrato como “una conducta destructiva la cual es dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación de confianza y es de suficiente intensidad y/o frecuencia para producir daño físico, psicológico, social y/o violación de los derechos humanos y disminución de la calidad de vida para el adulto mayor”. Aquí la relación de confianza se incorpora como un elemento que va acotando el contexto en donde ocurre el maltrato, así como también la intensidad o frecuencia que es lo que, finalmente, determina lo que puede ser considerado como maltrato. (Wolf, op cit, Rusell 1999)

El Centro Nacional Americano de Maltrato al anciano en 1995, lo define como: “cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 o más años, que ocurre en el medio familiar, comunitario o institucional que vulnere y ponga en peligro la integridad física, psíquica, sexual y económica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”. (Sánchez, et al, 2004)

En el mismo año, la Declaración de Almería asume una definición muy similar, en donde “el maltrato al anciano es todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra, familiar, comunidad e instituciones”(Primera Conferencia Nacional del Anciano Maltratado, Almería, 1995).

En el año 2002, la Asamblea Mundial de Envejecimiento, indica que el maltrato es “un acto único o reiterado, u omisión, que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”, el concepto implica que el daño o aflicción que se le provoca a una persona mayor afecta su bienestar e impide que la persona ejerza su derecho de ser tratado con respeto.

Como podemos darnos cuenta en las definiciones observadas, se han incluido los diversos tipos de maltrato que los adultos mayores pueden sufrir. Se trata de maltratos físicos, psíquicos, sexual, económicos, abandono y negligencia etc., también se dan a conocer algunas consecuencias que provocan estos actos en los adultos mayores. Todas estas definiciones tienen implícito el hecho de hacer daño a un adulto mayor, ya sea en un acto único o reiterado,

intencionado o no, el cual ocurre en distintos ámbitos y en donde existe una expectativa o relación de confianza, por lo tanto el agresor no es un individuo ajeno a la víctima, puede ser incluso un familiar o cuidador.

4.2. TEORIAS QUE EXPLICAN EL MALTRATO EN PERSONAS MAYORES

El maltrato es un problema complejo que no puede atribuirse a una causa única, sino que corresponde a una interacción de factores. A continuación se describen los modelos teóricos más representativos en la literatura, a la hora de explicar las causas del maltrato a personas mayores.

4.2.1 Teoría del cansancio del cuidador (estrés = tensión)

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

El estrés provocado por la desventaja social: desempleo, problemas económicos, hacinamiento, además de otros factores sociológicos se asocian frecuentemente al abuso de mayores. (Pillemer, op cit, Rusell, 1999)

Por otra parte, la situación de cuidado en sí misma es generadora de estrés y agotamiento en el cuidador, situación que se ve aumentada si el adulto mayor tiene alguna discapacidad mental o física. Generalmente el cuidador no tiene acceso a información de recursos sociales y no está preparado para la tarea del cuidado. Se describe en la literatura que el rol de cuidador puede ser una experiencia de estrés y frustración. (Rusell, 1999)

4.2.2 Teoría de la Dependencia o discapacidad de la persona mayor

Tal como se indica anteriormente, el cuidado de una persona mayor dependiente incrementa la carga de estrés del cuidador. Diversos estudios han encontrado que individuos con deterioro de la salud son más propensos a ser abusados que aquellos con mejor salud. Por otra parte, los cuidadores que dependen financieramente de la persona mayor tienen más riesgo de cometer abuso.

Frecuentemente, la víctima puede presentar determinadas características que se tornan aversivas para el cuidador y en consecuencia lo coloca en una situación de riesgo de abuso y abandono.

Los casos de maltrato pueden aumentar en la medida que el adulto mayor aumenta en edad y el deterioro de su salud física y mental se acrecienta. Por otra parte, la conducta o actitud que asume el adulto mayor también puede gatillar situaciones de abuso, esto suele suceder con adultos mayores que presentan trastornos neurológicos o de conducta. (Ibid)

4.2.3 Teoría del Aislamiento Social

El aislamiento social es un elemento clave en la aparición del abuso, el estrés producido por el empobrecimiento social puede aumentar la predisposición del cuidador a la violencia. Por el contrario, el apoyo social incide en el bienestar físico y psicológico de la familia y reduce el impacto del estrés. El apoyo social cumple tres objetivos en la prevención de malos tratos: prestación de ayuda para el cuidado del adulto mayor, acceso a los recursos en momentos de crisis y control de la familia efectuado por observadores externos. (Sánchez, et al, 2004)

Según Pillemer (1989), las personas mayores víctimas de abuso tienen menos contactos sociales que las que no sufren malos tratos, también constata que sus relaciones sociales son menos satisfactorias. (CEPAL/CELADE, 2003)

4.2.4 Teoría del Aprendizaje social o de la violencia transgeneracional

La teoría del aprendizaje social, enfatiza que en la vida familiar se establecen modos de conducta que se perpetúan y que el individuo aprende roles que desempeñará en su vida.

Este razonamiento nos indica, que los individuos que fueron objeto de abuso cuando niños posiblemente se conviertan en personas abusivas en su vida adulta. La violencia por tanto se aprende como respuesta al conflicto o tensión. De este modo, es probable, que si un niño ha sido maltratado en su infancia, cuando sea adulto se convertirá en un maltratador de sus padres, y en la relación de cuidado simplemente repite y retorna los abusos que sufrió. (Grossman, 1992)

4.2.5 Patología del agresor y abuso de sustancias

Esta teoría señala, que el abuso se produce como consecuencia de problemas del cuidador, tales como: alcoholismo, adicción a las drogas, desordenes psicológicos y trastornos de personalidad.

Los trastornos psiquiátricos del cuidador (depresión, ansiedad) están frecuentemente relacionados a malos tratos y negligencia. Por otra parte, se considera que ciertas características personales como baja autoestima, falta de

empatía, afectividad negativa hacia la persona mayor y el estilo atribucional también pueden contribuir a la presentación del maltrato. (Russell, 1999)

Así mismo, los cuidadores que consumen algún tipo de sustancias tóxicas tiene más probabilidades de maltratar a las personas que tienen a su cargo. El consumo habitual del alcohol en el cuidador correlaciona positivamente con maltrato y negligencia. (Ibid)

4.3 FACTORES DE RIESGOS

Relacionado con el punto anterior, los factores de riesgo son aquellas condiciones (individuales, familiares, institucionales, comunitarias etc.) que aumentan la probabilidad de configurar una situación de maltrato o abuso en contra de las personas mayores (Lowick-Russell, 2003).

El conocimiento de las teorías causales de maltrato, como los estudios de violencia contra los adultos mayores (Neemann I., 1997, Lowick-Russell, 1998, Quiroga P. y Cols, 1999, etc.) han permitido identificar diversos factores de riesgo que posibilitarían una situación de maltrato y abuso hacia el adulto mayor. Aunque no existe unanimidad entre los diferentes autores, a continuación se presentan los más citados y que como veremos se desprenden de lo visto en los párrafos anteriores.

4.3.1 AMBITO INDIVIDUAL

a) Factores del agresor o cuidador familiar

- Sobrecarga del cuidador física y emocional
- Depresión

- Abuso de alcohol, fármacos o drogas
- Enfermedad mental
- Trastornos de personalidad
- Enfermedad física crónica
- Dependencia de la víctima: económica, vivienda
- Aislamiento Social
- Pobreza
- Falta de espacio y tiempo personal
- Lealtades y responsabilidades divididas (esposos, hijos)
- Falsas expectativas sobre capacidades de la persona mayor
- Demanda permanente o excesiva de la persona mayor
- Sentimiento de pérdida por la persona que fue
- Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa
- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados.

b) Factores de la víctima o adulto mayor

Psicológicos:

- Cambio de personalidad
- Agresión física o verbal
- Falta de conciencia social
- Indefensión aprendida
- Falta de discernimiento
- Intolerancia
- Aislamiento forzado
- No aceptación del cuidador alternativo

Déficit cognitivo:

- Fallas de memoria y concentración

Deprivación sensorial:

- Ceguera
- Sordera
- Trastornos del habla y comprensión del lenguaje

Problemas Físicos:

- Alteraciones del sueño
- Incontinencia
- Discapacidad múltiple

Sociodemográficos:

- Mujer
- Viuda
- Sin hijos
- Personas mayores en situación de pobreza

c) Personal contratado de servicios sociales y de salud o cuidadores pagados

- Contacto mínimo con el mundo externo
- Inseguridad con respecto al futuro
- Remuneración baja
- Trabajo bajo presión
- Falta de interés o compromiso

- Falta de conocimientos
- Problemas personales
- Incapacidad para relacionarse con personas mayores
- Cambios continuos en la tarea o labor

4.3.2 ÁMBITO FAMILIAR / DE RELACIÓN

- Historia de violencia en la familia
- Historia de mala relación previa
- Sensación permanente de frustración, enojo y desesperanza
- familiares dependiente económicamente o vivienda del adulto mayor
- Alcoholismo u otras adicciones
- Falta de información y de recursos para la atención adecuada a una persona con discapacidad o enfermedades crónicas
- Falta de apoyo o de tiempo de respiro para el cuidador que es responsable por una persona discapacitada 24 horas, 7 días de la semana.

4.3.3 ÁMBITO COMUNITARIO E INSTITUCIONAL

- Aislamiento social
- Pobreza
- Hacinamiento
- Pérdida de la privacidad

Institucional

- Mala selección del personal
- Falta o poco entrenamiento del personal
- Subestimación del personal o voluntarios

- Escasez de personal, materiales de trabajo insuficientes o ambas cosas
- Falta de una filosofía de trabajo
- Prácticas institucionales que desvalorizan al usuario
- Régimen autoritario o régimen *laissez faire*
- La estructura física de la institución no está adaptada para el acceso y la movilidad de personas con discapacidades
- No hay evidencia de participación de la comunidad en actividades del hogar o institución
- No está en un registro oficial o le falta la acreditación apropiada: no tiene monitoreo o supervisión pública de los servicios
- No ofrece privacidad a los residentes y estos se encuentran en hacinamiento
- Mantiene una razón de cuidadores por número de personas discapacitadas y con demencia que es menor a la necesaria para atender las necesidades básicas de este grupo vulnerable

4.3.4 ÁMBITO SOCIAL

- Desvalorización del lugar que ocupan las personas mayores, especialmente las mujeres mayores
- Pérdida progresiva y sustancial de los roles domésticos
- Pérdida progresiva de la interdependencia intergeneracional
- Sostenida migración rural hacia las grandes ciudades
- Erosión de las estructuras familiares tradicionales
- Aislamiento
- Normas culturales, mitos y prejuicios que colaboran con la persistencia de imágenes negativas de la vejez
- Desplazamiento forzoso en situaciones de emergencia por motivos de violencia política.

4.4 TIPOS DE MALTRATO A PERSONAS MAYORES

Las tipologías que a continuación se señalan, son las que se logran identificar más claramente en las denuncias de adultos mayores maltratados (CELADE/CEPAL, 2003).

a) Maltrato físico: uso de la fuerza física que puede producir una injuria, herida, dolor o discapacidad en un adulto mayor. Agresión no accidental realizada en contra de una persona que daña la integridad corporal, con intención de provocar dolor, lesión corporal y en algunos casos desfiguración y/o muerte.

Este tipo de maltrato se puede manifestar mediante:

Pellizcones, golpes, quemaduras (cigarrillos, líquidos, etc), heridas, fracturas, amarrar o sujetar al adulto mayor, etc.

b) Abuso psicológico: acción de infligir pena, dolor o angustia mediante acciones verbales o no verbales a una persona mayor. Se expresa como insultos, amenazas, intimidación, humillación, ridiculización, infantilización, indiferencia a sus sentimientos, falta de respeto a sus creencias, rechazo a sus deseos, silencio peyorativo y falta de respuesta a sus consultas en forma intencionada. Genera sentimiento de mayor inseguridad, baja autoestima, invasión de la privacidad, despersonalización y refuerzo del aislamiento.

c) Maltrato patrimonial y/o económico: todo tipo de explotación, aprovechamiento o despojo de los fondos o patrimonio, o ambas cosas, de las personas mayores por acciones de terceros. Implica daño, pérdida,

transformación, sustracción, destrucción, retención o falsificación de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas mayores.

d) Abuso sexual: Contacto sexual, de cualquier tipo no consentido con una persona mayor. Puede manifestarse en forma abierta o encubierta mediante gestos, palabras, insinuaciones, caricias, manoseos, exhibición de genitales o violación.

e) Abandono y negligencia: deserción o fracaso, intencional (**activo**; cuando el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona mayor los cuidados necesarios para su situación, es un descuido intencional y deliberado) o no intencional (**pasivo**; cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, descuido involuntario), de un individuo que ha asumido la responsabilidad de proveer custodia física o cuidado a una persona mayor. Esta forma de maltrato se ha referido históricamente a la negligencia o abandono de personas mayores en situación de dependencia, pero afecta también a personas mayores autovalentes. Presenta una amplia gama de manifestaciones, como no administrar cuidados o supervisión necesaria respecto de la alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados; dejar solo a un anciano que no puede valerse en forma personal, hacer consultas tardías, no tomar medidas para evitar accidentes previsibles y prevenibles y descuidar el suministro de enseres. También la exclusión forzada o mediante engaño del grupo familiar, el olvido de la persona mayor por parte de la familia y la falta de comunicación regular, entre otros.

f) Autoabandono: Conducta característica de una persona mayor que amenaza su propia salud o seguridad mediante un rechazo o fracaso de proveerse a sí mismo de un cuidado adecuado. La forma o estilo de vida que tiene el adulto mayor son el indicador más importante del autoabandono, siendo el vivir solo un factor primario de riesgo.

g) Maltrato estructural o social: falta de políticas sociales y de salud adecuadas, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, y presencia de normas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen del adulto mayor, que resultan en perjuicio de su persona y se expresan socialmente como discriminación, marginalidad y exclusión social.

Por lo general, las personas mayores, no notifican haber sido víctimas de algún abuso o maltrato, ya sea porque no saben cómo hacerlo, por impedimento físico, por temor a perder el apoyo de su familia o por vergüenza de hacer pública su situación.

Las escasas denuncias y estudios al respecto señalan que una persona mayor violentada es afectada, generalmente, por más de una forma de maltrato de manera simultánea o sucesiva.

4.5 NIVELES DE VIOLENCIA CONTRA ADULTOS MAYORES

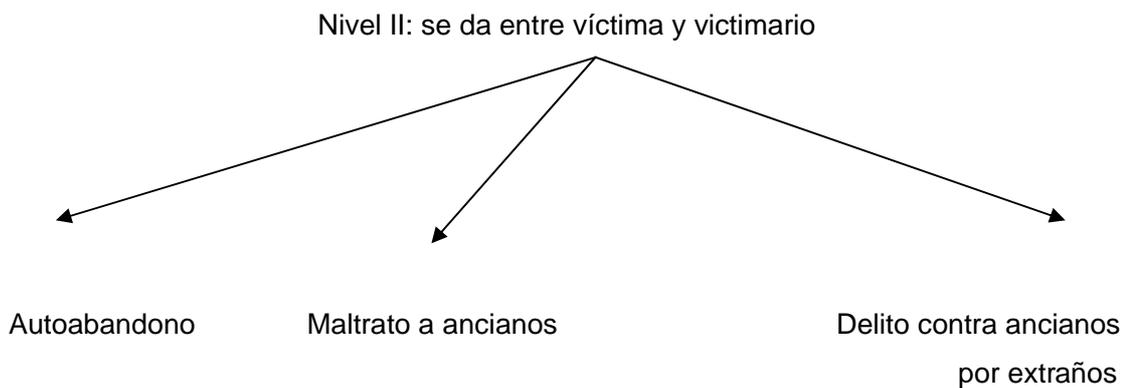
En 1992, un comité de expertos de 22 países que forman parte del grupo de estudio del consejo europeo (policías, médicos, abogados, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros), identificaron cinco niveles de violencia contra ancianos, que posteriormente graficaremos. **Estos niveles están referidos a los aspectos que conforman la situación violenta**, en la cual se incluyen la violencia que involucra a los adultos mayores, la existencia de una víctima y un victimario, la presencia de una conducta destructiva (abuso o negligencia), la motivación de dicha conducta (intencional o no intencional) y el tipo específico de conducta destructiva ejercida contra la persona mayor. (Russell, 1999: 20)

Uno de los alcances más valiosos que hace este grupo de expertos es la identificación en el Nivel II y III de violencia hacia personas mayores en otros contextos, tipificado como “delito” ya sea por abuso o negligencia. Sin embargo, estos niveles de violencia son los menos recurridos por investigadores para llevar a cabo sus estudios.

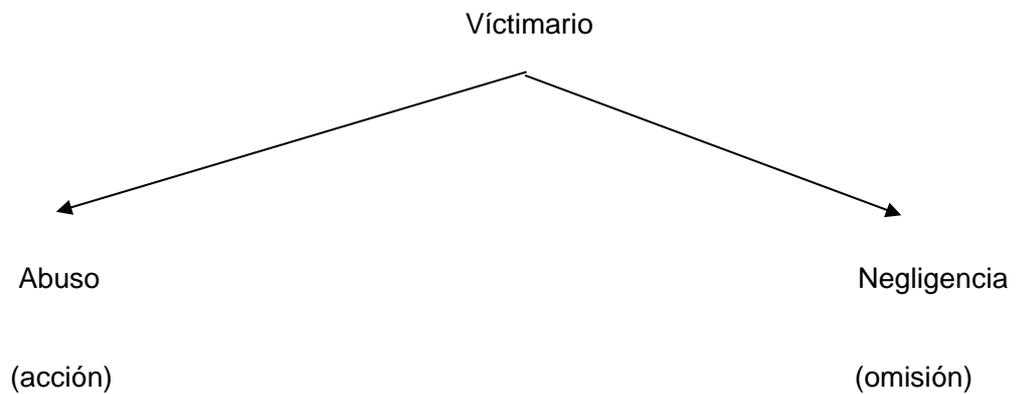
En torno al Nivel V, y más precisamente relacionado con el maltrato a adultos mayores del Nivel II, los autores concuerdan con mayor o menor detalle y clasificación, en definir tipologías que abarca el maltrato a personas mayores.

Niveles de Violencia contra Adultos Mayores

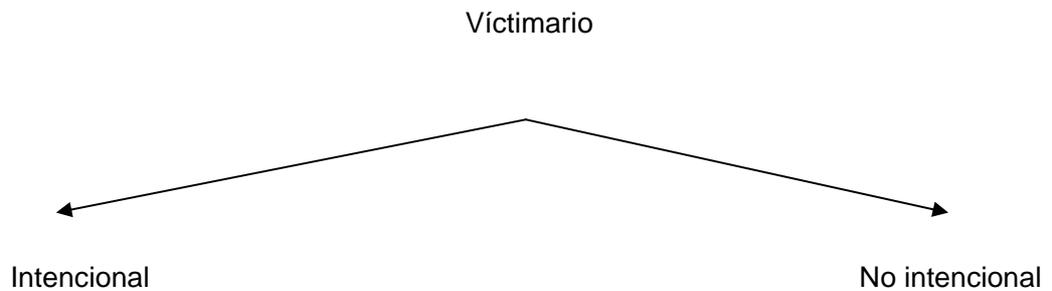
Nivel I : Todo tipo de violencia que involucra a los adultos mayores



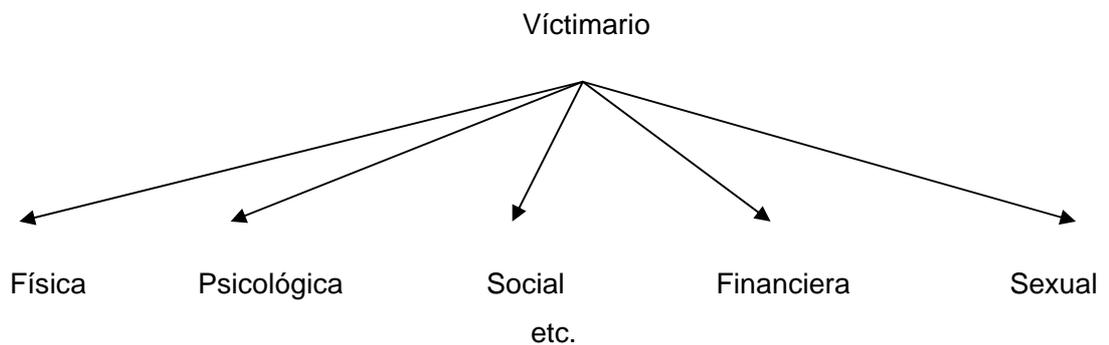
Nivel III: esta basado en la manera en la cual la conducta destructiva se presenta. Considera que puede ser llevada a cabo por relaciones familiares y/o relaciones sociales (profesionales o relaciones de negocio).



Nivel IV: está basado en la motivación de la conducta destructiva. Generalmente la distinción entre una y otra es dificultosa.



Nivel V: basado en el tipo específico de conducta destructiva.



Para una mayor comprensión de estas tipologías antes señaladas y por consideraciones analíticas, definiremos posteriormente, cada tipo de maltrato de forma independiente, pero debemos tener presente que en la práctica cualquier tipo de malos tratos se acompaña o combina, generalmente con otras formas de violencia.

4.6 ÁMBITOS DE MALTRATO HACIA LOS ADULTOS MAYORES

Existen diversos ámbitos en donde los malos tratos hacia personas mayores se pueden presentar (Russell, 1999).

4.6.1 A nivel familiar

De acuerdo a este ámbito, los malos tratos a personas mayores generalmente son perpetrados por un miembro de la familia, que suele ser el principal encargado de cuidar a la persona de edad (ibíd). Se reconoce en muchos estudios que los malos tratos domésticos se suelen ocultar, no son fáciles de detectar y no se denuncian en la gran mayoría de los casos.

Esta violencia que se genera en el ámbito familiar, se considera como resultado de las tensiones sociales y económicas que sufren los hogares con escasos recursos, en los que los miembros de edad son considerados una carga para su red inmediata de apoyo social (Ibid).

Las personas involucradas en esta situación de violencia constituyen un subsistema dentro del sistema familiar, en este subsistema se interrelacionan sus fuerzas y debilidades personales, contribuyendo así a crear situaciones que pueden terminar en violencia, de allí que no se pueda delimitar con precisión, desde el punto de vista del origen de la violencia, las categorías de "víctima y victimario", sólo desde la perspectiva de los efectos de la violencia, en donde se han identificado a los actores involucrados. (CEPAL/CELADE, 2003)

Hay dos factores claves que subyacen a casi todos los tipos de maltrato en el ámbito doméstico: el sexo y la condición socioeconómica (Russell, 1999). Con frecuencia la víctima es femenina, mayor de 75 años y reside con familiares, el perfil característico, es de una adulta mayor pasiva, complaciente, impotente,

dependiente y vulnerable (Pedrick-Cornell y Gelles, 1982 op cit, Lowick-Rusell, 2003), características que unidas a una escasez de opciones para enfrentar dicha situación, hacen que la víctima le cueste salir o escapar de esta situación de maltrato. Se ve incapacitada tanto física y psicológicamente para denunciar dicha situación. Mientras que el víctimario suele ser un miembro de la familia, cónyuge, hijo o un adulto responsable de proporcionar el cuidado. Los víctimarios suelen caracterizarse por poseer una baja autoestima, proyectan las culpas de sus acciones hacia terceros, como también sus frustraciones. Poseen frecuentemente un temperamento explosivo e incapacidad para controlarlo. (Lowick-Russell, 2003).

Starr (1980), citado en el documento “La situación de los Adultos Mayores” de la CEPAL/CELADE, año 2003 describe al víctimario como una persona capaz de ejercer violencia, con personalidad posesiva, con dificultad para comprender y enfrentar situaciones y capaz de externalizar sus culpas. Otro aspecto es que “pueden ser muy dependientes de sus víctimas en términos financieros y de vivienda”. (Pillemer, 1986 op cit, CEPAL/CELADE, 2003: 227)

En consideración a lo anteriormente señalado, se plantea que el abuso físico y financiero estarían relacionados con la dependencia del víctimario respecto de la víctima y el abuso psicológico y la negligencia estarían probablemente más asociados al estrés del cuidador (Kleinschmidt, 1997, op cit, CEPAL/CELADE, 2003: 227)

4.6.2 A nivel institucional

Una de las formas más visibles del maltrato ocurre en las instituciones de larga estadía (residencias, asilos, hospitales, etc.) que no cumplen con estándares de calidad básicos, lo cual redundo en privaciones de cuidado, pérdida de individualidad, fraude, suicidios, entre otros. Las personas que cometen el

abuso son generalmente aquellas que tienen una obligación legal o contractual de proveer cuidado y protección a las personas mayores, generalmente las víctimas son mujeres, que presentan alguna enfermedad, incapacitadas para decidir sobre su cuidado y aisladas de la familia.

Respecto al maltrato institucional, es preciso distinguir, entre los actos individuales de maltrato o descuido en un ámbito institucional y el maltrato institucional, en el que el régimen predominante en la propia institución es el maltrato o descuido. Sin embargo, muchas veces resulta difícil determinar en la práctica si el maltrato o descuido descubiertos en la institución han sido consecuencia de actos individuales o se originan en fallas institucionales, en muchos casos ambas se superponen ((Russell, 1999).

La variedad de actos de maltrato y descuido en la institución es considerable y puede estar relacionada con cualquiera de los factores siguientes (OMS, 2002)

- **La prestación de la atención**, por ejemplo: la resistencia a los cambios en la medicina geriátrica, el deterioro de la atención individual, la alimentación inadecuada y las deficiencias en la atención de enfermería. Ejemplo: la falta de cuidado de las úlceras

- **Los problemas del personal**, por ejemplo: estrés laboral y el agotamiento, el trabajo en condiciones materiales deficientes, la falta de capacitación, y los problemas psíquicos.

- **Las dificultades en la interacción entre el personal y los residentes**, por ejemplo: la falta de comunicación, la agresividad de los residentes y las diferencias culturales.

- **Las condiciones externas**, por ejemplo: la falta de privacidad esencial, el deterioro de los establecimientos, el uso de medios de inmovilización, la falta de estimulación sensorial adecuada y la propensión a los accidentes dentro de la institución.

- **Las políticas institucionales**, por ejemplo: las que se adoptan para beneficio de la institución dejando a los residentes pocas posibilidades de elección en lo que respecta a su vida cotidiana, las actitudes burocráticas o de indiferencia hacia los internados, la escasez de personal o su rotación frecuente, el manejo fraudulento de las pertenencias y la inexistencia de un consejo de familiares de los residentes.

Muchas veces el personal perpetúa el maltrato institucional mediante la aplicación de un sistema regimentado, que no admite cuestionamientos, establecido en nombre de la disciplina o de una protección impuesta. Otro recurso utilizado para ese fin, es aprovecharse de la situación de dependencia de las personas mayores, como también, la falta de personal de dirección capacitado profesionalmente.

Los tipos de maltrato institucional que con mayor frecuencia se presentan son:

- Infantilización: tratar a los adultos mayores como niños
- Despersonalización: entrega de servicios generales que no responden a las necesidades individuales de la persona.
- Deshumanización: a través de acciones despojar a la persona de su autonomía, personalidad e intimidad.
- Victimización: agresiones a la integridad física y moral de las personas, mediante intimidación, insultos, castigos, amenazas etc.

4.6.4 A nivel societal

La imagen social negativa del envejecimiento constituye un factor de riesgo importante. Los estudios sobre la imagen del envejecimiento indican que la visión hegemónica en las sociedades occidentales es negativa y se expresa en la representación social de la vejez como pasividad, enfermedad, deterioro, carga o ruptura social. Entre las posibles causas del problema se encuentra la construcción cultural de la vejez como una etapa de pérdidas, de todo tipo. Se generan ideas, prejuicios y conocimientos de las personas mayores en que los cambios de orden físico y biológico se construyen como pérdidas en la vida social. Los valores de la sociedad influyen en esta situación, dado que las ideas de la vejez forman parte del imaginario asentado en la productividad, con vertiginosos adelantos tecnológicos, donde el arquetipo hegemónico son los jóvenes y adultos en edad productiva y con poder. Otro factor importante es la cultura de la apariencia: la belleza, el vigor, la lozanía, como atributos de una juventud inacabable, constituyen rasgos sobreestimados, que desplazan cualquier otro tipo de aspiración. (CEPAL/CELADE, 2003)

Entre las consecuencias de esta situación se puede señalar que la edad de la vejez es una fuente de vulnerabilidad social y económica que puede redundar en exclusión social, a través de la invisibilidad de la vejez a nivel de políticas públicas, investigación y academia.

En este sentido, consideramos valiosa la creación de una ley que sancione la violencia intrafamiliar, puesto que ella establece límites a las relaciones intrafamiliares, no obstante consideramos que se requiere una mayor precisión respecto de los tipos y niveles de maltrato del que son víctimas los adultos mayores.

II PARTE

MARCO REFERENCIAL

CAPITULO V

POLÍTICA NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR

Una política nacional debe establecer un marco de referencia y una finalidad de carácter permanente que le dé sustento a las distintas acciones que se programen y realicen a favor de un determinado sector. La Política Nacional definida debe, por lo tanto, constituirse en el factor dinamizador de programas de acción. En esta perspectiva, cabe hacer notar que al hablar de política nacional se está señalando la necesidad de asumir la vejez y envejecimiento de la población como una preocupación no sólo de gobierno, sino también, de toda la sociedad. Es necesario destacar, que los problemas y situaciones que viven los adultos mayores no se solucionan y superan sólo con la acción del Estado. Por el contrario, parte importante de la problemática del adulto mayor debe ser resuelta por la propia comunidad y, muy especialmente, al interior de la familia, la cual debe ser ayudada en esta tarea por toda la sociedad.

Es por lo anterior que la política nacional para el adulto mayor que fue aprobada por Comité de Ministros del Área Social de Gobierno, en Marzo de 1996, dice que es necesario:

“Lograr un cambio cultural en toda la población que signifique un mejor trato y valoración de los adultos mayores en nuestra sociedad, lo que implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y la vejez, y así alcanzar mejores niveles en la calidad de vida para todos los adultos mayores”. (Comité Nacional del Adulto Mayor, 1996)

Para lograr esta meta se requiere que; nuestra sociedad aprenda a percibir y valorar el patrimonio moral y experiencial, como también la riqueza espiritual y

cultural de la cual son portadores los adultos mayores. Se trata de lograr que la sociedad cambie su percepción y valorización del envejecimiento el que hasta ahora es visto como una etapa de inactividad, enfermedades y de pasividad.

Un nuevo concepto de envejecimiento, debe ver a los adultos mayores como individuos sanos, que pueden aportar, los cuales se muestran activos, y que son capaces de mantenerse integrados en todos los ámbitos de la sociedad, incluso en el sector laboral. Por lo tanto, esta nueva imagen de adulto mayor implica un desafío social y cultural. (SENAMA, 2004)

Cambiar la percepción sociocultural que tiene la población (niños, jóvenes, adultos) y los medios sobre los adultos mayores, significa llegar a valorarlos en todas sus dimensiones, a reconocer sus derechos, a tratarlos con dignidad. Estos cambios parten principalmente, desde el seno de la familia.

Es por ello que se espera que desde el hogar los niños y jóvenes aprendan a valorar, respetar y amar a sus adultos mayores. Del mismo modo en la escuela, estos valores debieran reforzarse, como también, enseñar cómo se presenta el proceso de envejecimiento, para así saber cómo enfrentar la vejez y poder adoptar acciones preventivas.

Esta nueva imagen, que se busca lograr con la aplicación de la Política Nacional del Adulto Mayor, implica un cambio cultural, que apunte a la solidaridad intergeneracional, para así mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, como también, prepararse para asumir las nuevas tareas que implica la transición demográfica en la cual estamos insertos. (ibid)

5.1 Política Nacional

La versión actualizada de la política nacional para el adulto mayor, aprobada por el comité de ministros para el adulto mayor en la sesión constitutiva del 06 de mayo de 2004, tiene como fundamentos valóricos los que se citan a continuación:

- Equidad

Se trata de hacer justicia a personas que han sufrido marginación de distinta naturaleza, reconociendo en plenitud sus derechos y dándoles lo que les corresponde como personas y por lo que han aportado a la sociedad.

- Solidaridad Intergeneracional

Es lograr una integración social entre distintas generaciones basadas en el recíproco respeto y comprensión, en definitiva, en el amor entre personas de distintas generaciones.

- Pleno respeto

Respeto a la dignidad de los adultos mayores y al ejercicio de sus derechos como persona y ciudadano: reconocer el pleno ejercicio de los derechos que los adultos mayores tienen como cualquier otra persona en los distintos ámbitos del desarrollo humano. Esto es educación, trabajo, salud y recreación, entre otros.

Los valores inspiradores dan fundamento y trascendencia a las acciones específicas que se puedan elaborar a favor de los adultos mayores.

5.2 PRINCIPIOS INSPIRADORES DE LA POLÍTICA:

- Autovalencia, envejecimiento activo y ciudadanía plena

Un punto central sobre el cual se sustentan las acciones a favor del adulto mayor es reconocer la autovalencia, es decir, la capacidad de valerse por si mismo que tiene la mayor parte de los adultos mayores, lo cual les permite ser autónomos tener un envejecimiento activo. Reconocer la autonomía del adulto mayor es, también, reconocer su capacidad para organizarse y crear instancias que los represente en su diversidad de inquietudes e intereses.

- Prevención

La prevención debe ser un enfoque prioritario en lo social, lo psicológico, lo económico y, por supuesto, en materia de salud. Toda la población a través de la familia, del sistema escolar y de los medios de comunicación social, debe recibir educación sobre el sistema previsional, sobre sus propios procesos de envejecimiento, además, de conocimientos acerca de la forma de relacionarse con los adultos mayores. A su vez, los actuales adultos mayores deben recibir información y asistencia para su autocuidado.

- Flexibilidad en la aplicación de la política

La situación del adulto mayor que vive solo, o con su pareja no es la misma del que vive junto a otros familiares; la variable urbana-rural también influye de un modo particular en el adulto mayor; igualmente la situación de vulnerabilidad y de mayores necesidades de cuidados aumenta con la edad. No es lo mismo un adulto mayor de 60 años que otro de 80 o de sobre 90 años. La flexibilidad es la respuesta adecuada a las diversas realidades que viven los adultos mayores.

- Descentralización

Se trata de comprender que la concreción de las políticas se hace, normalmente, en el gobierno regional y local los que deberán implementar, con flexibilidad y adecuada coordinación las políticas generales adoptadas por el gobierno central.

- Subsidiariedad y Rol regulador del Estado

Los adultos mayores requieren disponer de un conjunto de bienes y servicios para satisfacer sus necesidades, la subsidiariedad y el rol regulador por parte del Estado en la materia, deben ser entendidos en tres ámbitos:

- Desarrollo de la política de fomento a la producción de bienes y servicios destinados a los adultos mayores.
- Regulación del funcionamiento de los sistemas de servicio ofrecidos a este sector, a través de un Plan Nacional de Acción Conjunta, articulado y coordinado.
- Fomento de la responsabilidad de la familia, de la comunidad y los propios adultos mayores para la mantención de un buen nivel de vida, evitando la creación de una dependencia de las acciones del Estado para satisfacer sus requerimientos.

- Equilibrio entre autonomía y coordinación

A partir de las competencias propias de cada organismo de Gobierno, se deben procurar prestaciones integradas interinstitucionalmente, con las que se logre una mayor cobertura de los requerimientos y se eviten duplicidades de

esfuerzos, posibilitando alianzas que se expresan en un Plan de Acción Conjunto.

- Investigación e innovación integrada y constante.

Motivar investigaciones públicas y privadas, de las unidades de Planificación de los propios Servicios o mediante convenios con Universidades y Consultorías, en procura de encontrar nuevas o mejores medidas para atender los requerimientos propios de los adultos mayores.

- Manejo articulado e integral de la información

Impulsar y generar la difusión de información y estadísticas demográficas, a nivel nacional y regional, con el fin de orientar programas y beneficios para este grupo etáreo, tanto del sector público como privado.

5.3 OBJETIVOS DE LA POLÍTICA:

– Fomentar la participación e integración social del Adulto Mayor.

Fomentar la participación e integración social de los adultos mayores en todos los ámbitos o sectores de la sociedad: en la vida cultural, política, económica y espiritual de la comunidad.

La comunidad toda, debe procurar conocer e interactuar con los adultos mayores. Sólo interactuando con ellos se llegará a valorar sus aportes, sus percepciones, sus actitudes y visión de la vida que pueden resultar orientadoras para las generaciones posteriores.

– **Incentivar la formación de recursos humanos en el área.**

Existe déficit de profesionales y técnicos especializados en la temática del adulto mayor. La carencia de este recurso humano calificado impide, a su vez avanzar en investigaciones y estudios que posibiliten un mayor conocimiento de la problemática del adulto mayor y de su proceso de envejecimiento, conocimientos indispensables para avanzar hacia un mejor desarrollo e implementación de las decisiones a favor de esta población.

La formación de los recursos humanos deben considerar diversos niveles: formación profesional en las áreas de geriatría y gerontología; capacitación de personas que trabajan con adultos mayores, y nivel de especialización para profesionales que trabajan con adultos mayores, o bien, que desean esta especialización dentro de su profesión.

– **Mejorar el potencial de salud de los Adultos Mayores.**

La condición de la salud en la vejez es el resultado de un proceso que dura toda la vida, por tanto un objetivo central en esta materia deberá estar centrado en mejorar y mantener las condiciones de autovalencia en los adultos mayores. Se propone incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa específica en la perspectiva de un envejecimiento activo.

– **Crear acciones y programas de prevención.**

La prevención debe ser un enfoque prioritario tanto en la salud física, psíquica y social del adulto mayor. Este enfoque preventivo tiene un marcado énfasis educativo para que toda la población reciba información

sobre el proceso de envejecimiento, que afecta, en algún momento a todas las personas. En este contexto, se debe reiterar que la forma de vida en la adultez mayor depende de cómo se vivan las etapas anteriores.

La difusión de las acciones preventivas también deben incluir aquellas referidas a la incorporación al sistema de previsión social, debido a la importancia que éste tiene para la mantención de un buen nivel de ingresos una vez finalizada la actividad laboral.

– **Focalizar los subsidios estatales en los sectores más carenciados de los Adultos Mayores.**

Esta orientación surge como un imperativo de justicia y solidaridad y, no es más que una especificación de la máxima prioridad que ha fijado el gobierno a la lucha por superar la pobreza en el país. Los adultos mayores constituyen uno de los cuatro segmentos de la población definidos como prioritarios en los planes de superación de la pobreza. En esta perspectiva las acciones de los servicios públicos deben superar el asistencialismo y procurar acciones cuyo objetivo sea mejorar la calidad de vida, lograr desarrollo personal e integración social del adulto mayor. Asumida la legitimidad de esta focalización, en materia previsional, el mejoramiento de las pensiones debe priorizar el aumento de las pensiones mínimas y ampliar la cobertura de la pensión de asistencialidad por vejez.

– **Fortalecer la responsabilidad intergeneracional en la familia y comunidad**

La familia es la institución social, por excelencia, encargada de velar y proteger el desarrollo de sus miembros.

La familia es la instancia social en que el ser humano encuentra afecto, seguridad, reconocimiento y amor. En ella la persona satisface necesidades básicas esenciales para su adecuado desarrollo, lo cual cobra especial significación para el adulto mayor. Lo normal es que las personas de edad encuentren en sus hijos, hermanos y nietos, un sólido apoyo en lo material, en lo afectivo y en lo espiritual.

En esta perspectiva, las familias deben recibir un apoyo por parte de los servicios públicos que posibiliten una mejor atención y desarrollo de los adultos mayores.

– **Fomentar el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación.**

Incentivar el uso del tiempo libre del adulto mayor en actividades que signifiquen ganar en desarrollo personal y en salud mental y física, constituye una orientación central para las acciones que deben planificarse e implementarse a favor del adulto mayor. Cobran especial importancia, en esta perspectiva, las actividades de recreación tales como el turismo, expresión artística y cuidado físico como la gimnasia y el deporte. Es importante socializar la idea de que la recreación y cuidado físico son acciones altamente contribuyentes a la mantención de la salud, tanto física como mental, además de ser un derecho de todo ser humano.

– **Perfeccionar las normativas y programas referidos a la seguridad social.**

Este objetivo se propone mejorar las condiciones de seguridad social de los adultos mayores, a través de dos acciones:

1. Buscar soluciones a aquellos problemas derivados del antiguo sistema previsional que afectan a un número importante de adultos mayores.
2. Incentivar la suscripción de convenios u otros mecanismos, para obtener ahorro en bienes y servicios que contribuyan a mejorar u optimizar los ingresos de los adultos mayores.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, para dar cumplimiento a la Política Nacional del Adulto Mayor, se orienta en tres grandes ejes de acción, que a continuación detallaremos.

5.4 Plan Nacional Conjunto

El Plan Nacional Conjunto es el principal mecanismo del Gobierno para asegurar una gestión coordinada del sector público en procura del bienestar e integración familiar y social de los adultos mayores del país. Tomando como base la Política Nacional para el Adulto Mayor define los objetivos prioritarios y agrupa las diferentes acciones comprometidas consensuadamente por parte de las diferentes reparticiones para el período 2004-2006. Este Plan será sancionado, difundido, monitoreado, evaluado e informado en sus resultados por parte del Comité Interministerial creado por instrucción del Presidente de la República para estos efectos. El Plan es aprobado anualmente por el Comité de Ministros y es monitoreado a través de informes trimestrales para evaluar el cumplimiento de las metas.

5.4.1 Objetivo General

Traducir en acciones concretas la Política Nacional para el Adulto Mayor, a través de la interacción, coordinación y cooperación intersectorial, orientadas a

mejorar la calidad de vida, procurar una vejez activa y fomentar la participación integral de este grupo etáreo en nuestra sociedad.

5.5 Comité de Ministros para el Adulto Mayor

El 6 de mayo del año 2004 se constituyó el Comité de Ministros para el Adulto Mayor, que fue creado en Enero del mismo año por el Presidente de la República, Ricardo Lagos Escobar. El objetivo de este Comité es estudiar y aprobar políticas públicas para las personas mayores en orden a temas como la salud, el bienestar físico y social y la participación e integración de este grupo etáreo. El Comité de Ministros sugerirá presupuestos integrados de programas destinados a los mayores, a la vez que propondrá iniciativas pertinentes en materias de envejecimiento en nuestro país. Función que se cumple permanentemente a través de la aprobación del Plan anual y del monitoreo trimestral.

El Comité de Ministros es presidido por el Ministro Secretario General de la Presidencia. El Director del Servicio Nacional del Adulto Mayor, actúa como Secretario Ejecutivo. En su sesión constitutiva, del 06 de mayo de 2004 el Comité de Ministros para el Adulto Mayor, aprobó la actualización de la Política Nacional para el Adulto Mayor.

5.5.1 Programa Intervenciones Innovadoras para el Adulto Mayor

El objetivo de este Programa es innovar y mejorar la entrega de servicios públicos para los adultos mayores chilenos y la capacidad de la demanda organizada de éstos. De esta manera, contribuye a que los adultos mayores accedan de manera equitativa y no discriminatoria a los servicios de salud, educación, cultura, y otros provistos por entidades del sector público,

promoviendo una participación mayor, más calificada y responsable de sus organizaciones sociales.

5.5.2 Los objetivos específicos del programa son:

a. Fortalecer al SENAMA en su rol de entidad responsable de la coordinación y articulación de las políticas, iniciativas y programas ejecutados por entidades del sector público chileno en beneficio de los adultos mayores, así como su capacidad para posicionar adecuadamente la temática de los adultos mayores en el país.

b. Fortalecer procesos innovadores de coordinación intersectorial y territorial para una atención más accesible, eficiente y pertinente a los adultos mayores, promoviendo la articulación de iniciativas, la optimización de recursos y la modificación de prácticas de trabajo de instituciones y funcionarios públicos.

c. Fortalecer la capacidad de las organizaciones de adultos mayores para influir en las iniciativas impulsadas por el sector público en su beneficio y mejorar sus propias capacidades para impulsar proyectos dirigidos a sus miembros.

d. Implementar modelos innovadores de atención local orientados a la promoción de actividades y fortalecimiento de potencialidades de los adultos mayores y de los municipios para su administración y gestión.

5.5.3 Estrategia

El Programa plantea una estrategia que combina la organización y empoderamiento de la demanda y el mejoramiento de la oferta de servicios públicos orientados a los adultos mayores desde una perspectiva sectorial y local, en tanto se fortalece institucionalmente al SENAMA y a los municipios

participantes en el Programa para responder a los desafíos que tienen en el marco de sus funciones respectivas.

5.5.4 Propósito

Al término de tres años (2007), SENAMA habrá innovado y mejorado la generación y entrega de servicios para los adultos mayores y la capacidad de la demanda organizada de éstos.

5.5.5 Beneficios del Programa

Los beneficios del programa incluyen:

- a. Mejoras en el acceso y uso racional por las personas mayores de servicios locales básicos de salud, educación, asistencia social, entre otros, todos los cuales redundarán en su mayor independencia y autonomía.
- b. El fortalecimiento del capital social de los adultos mayores organizados, sus comunidades y familias.
- c. Innovación y fortalecimiento de la capacidad de respuesta coordinada del Estado chileno a las necesidades de su población adulta mayor

5.6 “Fondo de Iniciativas de Apoyo al Adulto Mayor” (Fondo Nacional para el Adulto Mayor)

La ley que creó el Servicio Nacional del Adulto Mayor ordena al Servicio a operar un Fondo de Iniciativas de Apoyo al Adulto Mayor. Título IV, Art. 7º: “Créase un fondo concursable de financiamiento de iniciativas de apoyo directo al adulto mayor, el que será provisto con las donaciones y legados en dinero que para él

acepte el Servicio y con los recursos que anualmente le asigne la Ley de Presupuestos. Este fondo será administrado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor”.

El Fondo tiene cobertura nacional, es decir está presente en las 13 regiones del país y en sus 52 provincias, la institución responsable de su ejecución es el Servicio Nacional del Adulto Mayor, otros organismos involucrados en la operación del programa son las Intendencias y las Gobernaciones en su coordinación y complementariedad.

De esta forma, es posible contribuir a favorecer la integración social del adulto mayor a través de acciones de apoyo que desarrollen su capacidad de autogestión, mejoren su calidad de vida, favorezcan su autonomía e independencia y contribuyan a satisfacer necesidades básicas, dado el número creciente de adultos mayores sin conexiones a redes de apoyo social.

La población objetivo del fondo son las personas mayores de 60 años, hombres y mujeres, residentes en Chile

El Programa Fondo de Iniciativas de Apoyo al Adulto Mayor considera dos subprogramas

El Subprograma Convenios Institucionales tiene como población objetivo a los Adultos Mayores indigentes y abandonados del país. De acuerdo a la encuesta Casen 2003, el 1,6% de la población adulta mayor vive en condiciones de indigencia, lo que significa 24.475 personas aprox. La ley N° 19.828 estipula que es posible destinar hasta un tercio del presupuesto del fondo a este tipo de servicios, por lo que se estima acceder a 1.200 personas atendidas al año, esto es el 5% de la población objetivo del subprograma.

Los hogares de beneficencia atienden en la actualidad a un número cercano a 7.000 adultos mayores en situación de indigencia en todo el país. A través de este programa se espera aumentar la cobertura en 1.200 adultos mayores.

El Subprograma Fondo Concursable, considerando los recursos solicitados espera alcanzar una cobertura de 171.718 personas a lo largo de tres años lo que significa atender a 57.239 personas por año, a un costo de \$28.495 por persona. Esta cifra indica que el costo anual del programa es de \$1.630.882.830.- Esta cobertura alcanza al 63,1% de la población objetivo del programa, dado que se proyecta que los adultos mayores organizados al 2006 alcancen una cifra de 272.000 personas.

Con en Fondo Nacional Concursable, se financian proyectos que deben contribuir a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, a través de la integración social de los mismos. Este Fondo tendrá como beneficiarios a personas preferentemente de 60 años o más, hombres y mujeres, residentes en alguna comuna de la provincia en que se desarrollen proyectos del subprograma. Dado que en la actualidad existe un importante número de clubes de adultos mayores que cuentan entre sus socios o socias a personas menores de 60 años es que se aceptó para el año 2005 hasta un 10% de beneficiarios con edades entre 50 y 59 años y para el año 2006 el 100% de los beneficiarios deberá ser mayor de 60 años.

Los proyectos deben considerar no sólo las carencias, sino también las potencialidades de los adultos mayores en la localidad, de manera que el desarrollo de las capacidades y potencialidades sea también un factor de contribución a mejorar la calidad de vida, enfrentando principalmente los temas de aislamiento y abandono.

Se operará a través de dos líneas de acción:

- Iniciativas autogestionadas por organizaciones de adultos mayores
- Iniciativas desarrolladas por Ejecutores Intermediarios

Fondo para Iniciativas Autogestionadas por organizaciones de adultos mayores

El Fondo para Iniciativas Autogestionadas financiará microproyectos ideados, elaborados y ejecutados por las propias organizaciones de adultos mayores que cuenten con personalidad jurídica vigente al momento de la adjudicación.

Estos proyectos se financiarán por una vez, por lo que quedan excluidos proyectos con altos costos recurrentes, es decir que requieran de financiamientos externos una vez finalizada la acción del Servicio Nacional del Adulto Mayor en el proyecto, excepto aquellos en que el financiamiento esté asegurado por otras fuentes.

Es posible financiar a través de este programa proyectos que tengan financiamientos parciales de otras fuentes. En todo caso estos proyectos deben ser realizados y ejecutados por organizaciones de Adultos Mayores.

A través, de esta línea se financiará preferentemente acciones insertas en el nivel de "Prevención" es decir acciones de mediana o baja complejidad, que tengan por objeto reducir la probabilidad de daño, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida del adulto mayor que se integra al programa.

Es posible, por tanto, considerar actividades de educación para la salud, recreación, deportes, sociabilidad, integración familiar y social y todos aquellos problemas de la vida cotidiana que se convierten en un obstáculo para la integración social. Se espera que estos problemas sean enfrentados en forma creativa, entregando servicios menos tradicionales que hayan sido aplicados con éxito anteriormente.

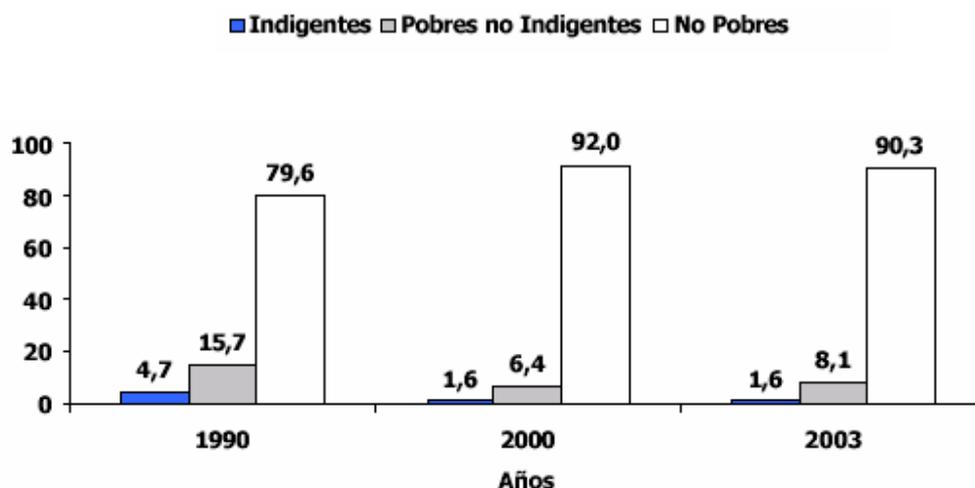
CAPITULO VI

Caracterización Socioeconómica de la población adulta mayor del país

Entre los años 1990 y 2003, la proporción de adultos mayores en situación de indigencia descendió de manera muy importante desde 4,7% a 1,6%. Asimismo, la pobreza no indigente descendió casi a la mitad, desde 15,7% a 8,1%. Al comparar la situación prevaleciente en 2000 con 2003 se observa que la incidencia de la indigencia se mantuvo en 1,6% y que la pobreza no indigente registró un incremento desde 6,4% a 8,1% en el período. (CASEN, 2003)

Grafico 4

Distribución de la población adulta mayor por situación de pobreza, 1990, 2000 y 2003 (en porcentaje)



Fuente: MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003.

6.1 INDIGENCIA

La incidencia de la indigencia entre los adultos mayores es levemente superior en las zonas rurales que en las zonas urbanas, 1,7% y 1,5%; respectivamente. En cambio, la incidencia de la pobreza no indigente es mayor en la zona urbana que en la zona rural (8,2% y 7,8%; respectivamente). (ibid)

En el área urbana, son los hombres los que muestran una mayor incidencia de la pobreza, tanto en indigencia como en pobreza no indigente. En el área rural, se observa el mismo fenómeno. (ibid)

6.1.2 INGRESOS

El 44,7% de la población entre 60 y 65 años de edad se encuentra en la fuerza de trabajo con importantes diferencias entre hombres y mujeres. En el 2003, el 26,1% de la población de 60 años y más se encontraba en la fuerza de trabajo, con diferencias muy importantes por tramo de edad. En efecto, la tasa de participación de los adultos mayores entre 60 a 65 años corresponde a 44,7%, cifra que desciende a 20,6% en los adultos mayores de 66 a 75 años y a 6,5% en los adultos mayores de 76 años y más. Por otra parte, existen importantes diferencias en la tasa de participación laboral de los adultos mayores por sexo. En todos los tramos de edad analizados, la tasa de participación laboral de los hombres adultos mayores es muy superior a la registrada para las mujeres. Una posible explicación de la diferencia de participación laboral de las mujeres con los hombres puede estar relacionada con la edad de jubilación de las mujeres y los quehaceres del hogar en las mujeres, aspecto que se revisará más adelante cuando se analicen las razones por las cuales los adultos mayores no se encuentran participando en la fuerza de trabajo. (ibid)

Cuadro 3
Población adulta mayor en la Fuerza de Trabajo e Inactivos por tramo de edad y sexo

		60 a 65 años	66 a 75 años	76 años y más	Total
Fuerza de trabajo	Hombres	68,5	33,5	13,3	42,8
	Mujeres	24,1	10,1	2,3	13,0
	Total	44,7	20,6	6,5	26,1
Inactivos	Hombres	31,5	66,5	86,7	57,2
	Mujeres	75,9	89,9	97,7	87,0
	Total	55,3	79,4	93,5	73,9

Fuente: MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003

Entre los adultos mayores la razón más gravitante de inactividad laboral es la jubilación. Aunque en las mujeres los quehaceres del hogar son una razón muy importante dentro de los roles socialmente asignados a su género. El 59,5% de los adultos mayores declaró esta razón para no buscar trabajo en los últimos tiempos. Este porcentaje alcanza a 82,6% en los hombres y 47,6% en las mujeres. El porcentaje de adultos mayores que no busca trabajo por estar jubilado se incrementa con la edad, llegando al 74,6% de la población de 76 años y más. Entre las mujeres existe una razón que adquiere mucha importancia, especialmente en las mujeres de 60 a 65 años, que son los quehaceres del hogar. El 61,6% de éstas mujeres declaró que no había buscado trabajo por esta razón. En los hombres esta razón no se menciona. (ibid)

6.1.3 Actividad económica

Servicios comunales y sociales, comercio y agricultura son las ramas de actividad económica que concentran los esfuerzos de los adultos mayores. La rama de actividad en la cual se desempeña una mayor cantidad de adultos mayores es la de servicios comunales y sociales: 28,3%, seguida del comercio, restaurantes, hoteles: 20,0%. El mayor peso relativo que poseen ambas ramas de actividad se debe a la alta participación de las mujeres mayores en servicios comunales y sociales: 46,5% frente al 21,1% de los hombres y en comercio: 29,1% frente al 16,4% de los hombres. A su vez, la presencia masculina es significativamente mayor que la femenina en la categoría “agricultura, caza, silvicultura y pesca”: 23,9% frente al 6,1%. (Ibid)

Cuadro 4
Población adulta mayor por rama de actividad según sexo, 2003

Rama de actividad	Hombre	Mujer	Total
Actividades no bien especificadas	0,3	0,0	0,2
Agricultura, caza, silvicultura y pesca	23,9	6,1	18,8
Explotación minas y canteras	1,1	0,0	0,8
Industrias manufactureras	12,8	13,2	12,9
Electricidad, gas y agua	0,2	0,0	0,1
Construcción	10,1	0,8	7,5
Comercio Mayor/Menor Rest. Hoteles	16,4	29,1	20,0
Transportes y comunicaciones	8,8	0,6	6,5
Establecimientos financieros y seguros	5,4	3,6	4,9
Servicios comunales y sociales	21,1	46,5	28,3
Total	100,0	100,0	100,0

MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003

Previsión Social:

En el año 2003, el 64,8% de los adultos mayores que declararon recibir ingresos por pensiones declaró que la institución que paga su pensión es el Instituto de Normalización Previsional (INP), en tanto un 15,7% sólo declaró que la institución que paga su pensión es una AFP, un 8,6% una Compañía de Seguros y un 6,5% una Caja de las Fuerzas Armadas. Con respecto al año 2000, se observa un incremento de las AFP como instituciones pagadoras, al igual que las Compañías de Seguros y un descenso del INP como entidad que paga las pensiones. (CASEN, 2003)

6.1.4 PASIS de vejez o ancianidad

El 78,4% de los beneficiarios de PASIS de vejez o ancianidad son adultos mayores pertenecientes a la población de menores ingresos del país. En el 2003, según información del Instituto de Normalización Previsional (INP) se pagaron 165.150 pensiones asistenciales de vejez o ancianidad. Los resultados de la encuesta CASEN 2003, muestran que el 54,3% de los beneficiarios adultos mayores que perciben pensión pertenecen al primer quintil de ingreso y el 24,1% al segundo quintil de ingreso. Entonces, el 78,4% de los beneficiarios de estas pensiones pertenecen al 40% de los hogares de menores ingresos del país. (Ibid)

6.1.5 EDUCACION

Entre 1990 y 2003 se observa un importante descenso del analfabetismo en los adultos mayores. En 1990, el 15,9% de los adultos mayores era analfabeto, esta baja a 13,2% en 2003. El analfabetismo tal como puede verse en el cuadro N° 5 ha descendido en todos los grupos de edad entre los adultos mayores. Los mayores descensos se observan para los hombres entre 66 y 75 años. En

efecto, en 1990, el 17,3% de los hombres entre 66 y 75 años era analfabeto, porcentaje que bajó a 11,7% en el año 2003. (Ibíd.)

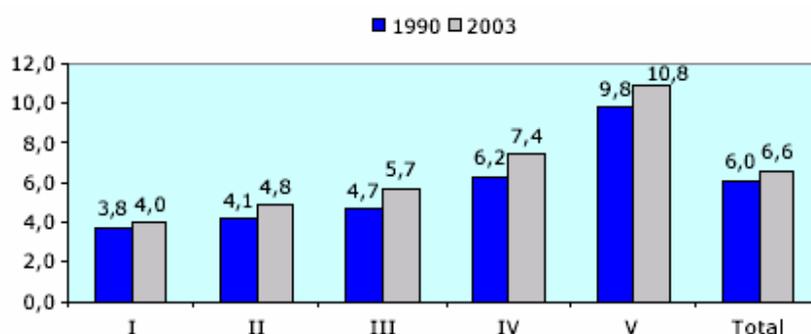
Cuadro 5
Población adulta mayor analfabeta por sexo, 1990 y 2003
(en porcentaje)

1990	Hombre	Mujer	Total
60 a 65 años	11,2	13,6	12,5
66 a 75 años	17,3	16,8	17,0
76 años y más	19,3	21,6	20,7
Total	15,0	16,6	15,9
2003	Hombre	Mujer	Total
60 a 65 años	8,7	11,2	10,1
66 a 75 años	11,7	14,2	13,1
76 años y más	16,9	19,0	18,2
Total	11,6	14,4	13,2

Fuente: MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN años respectivos

Entre 1990 y 2003 se incrementa el promedio de escolaridad de los adultos mayores en todos los quintiles de ingreso entre 1990 y 2003 el promedio de escolaridad de la población adulta mayor creció desde 6,0 a 6,6 años de estudio. Este incremento se observa para todos los quintiles de ingreso pero especialmente para los quintiles tercero, cuarto y quinto.

Gráfico 5
Promedio de escolaridad de la población adulta mayor
por quintil de ingreso, 1990 a 2003
(años de estudio)

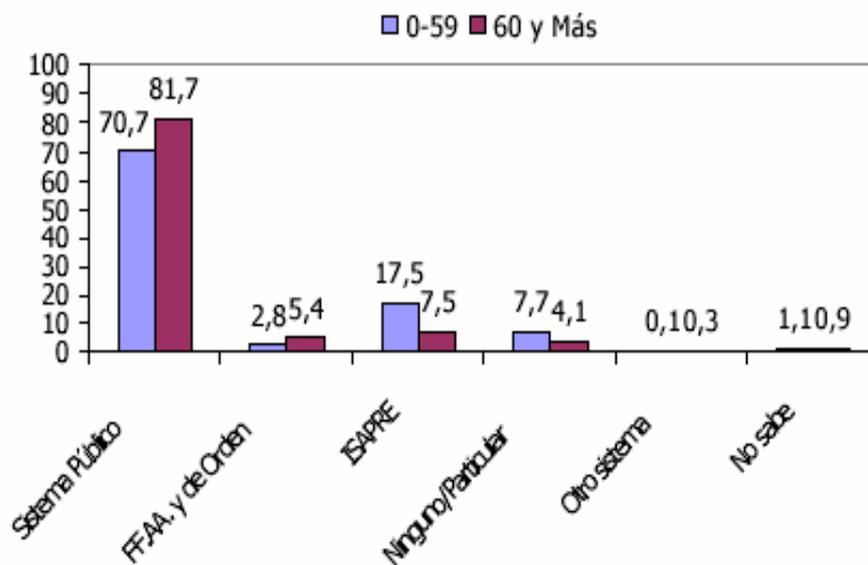


Fuente: MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN años respectivos

6.1.6 SITUACIÓN DE SALUD

En todas las edades, la afiliación al sistema público de salud es predominante en este grupo etáreo. Es así como ello ocurre con el 70,7% de las personas comprendidas en el tramo etáreo de 0 a 59 años de edad y con el 81,7% de los de 60 y más años. Los porcentajes de personas afiliadas a ISAPRES de uno y otro tramo etáreo, por otra parte, expresan con claridad el hecho de que los adultos mayores acceden al sistema privado de atención de salud en una proporción que es 10 puntos porcentuales inferior al acceso del tramo etáreo más joven (7,5% y 17,5%, respectivamente). (ibid)

Gráfico 6
Distribución de la Población por Tramos de Edad Según Sistema
Previsional de Salud, 2003
(en porcentaje)



MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003

Los adultos mayores de mayores ingresos del país, es decir del quinto quintil registran una afiliación a ISAPRE muy superior a la de los adultos mayores de los quintiles de ingresos más bajos.

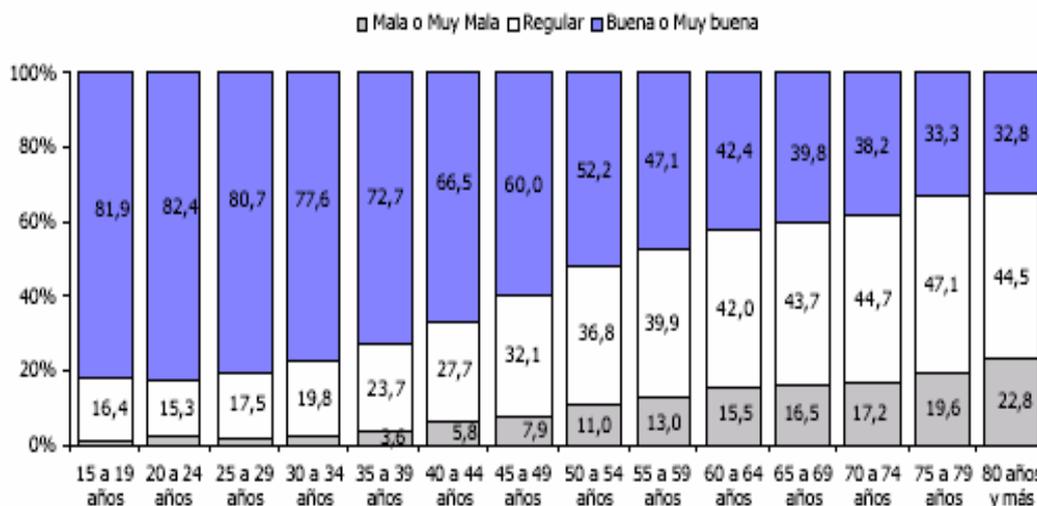
Salud

A medida que se incrementa la edad de las personas disminuye el porcentaje que declara que su salud es en general buena o muy buena.

Alrededor del 80% de la población menor de 29 años, declara que su salud es en general buena o muy buena. En la población entre 50 y 59 años este

porcentaje bordea el 50%. En cambio, en los mayores de 65 años este porcentaje desciende bajo un 40%. (ibid)

Gráfico 7
Distribución de la población por percepción de salud según grupo de edad, 2003
(en porcentaje)



Fuente: MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003

En el 2003, el 11,7% de la población general declaró haber tenido un problema de salud, enfermedad o accidente en los últimos treinta días. En la población adulta mayor, esta proporción es mucho más alta llegando a 20,4%. Asimismo, este porcentaje se incrementa especialmente en la población de 76 años y más y en las mujeres adultas mayores de todos los tramos de edad analizados. (ibid)

Casi el 70% de los adultos mayores que consultó por un problema de salud, lo hizo en un centro de salud público o en un centro de urgencia público y alrededor de un 25% de los adultos mayores consultó en un centro privado de salud o en un centro de urgencia privado. (ibid)

Estos antecedentes refuerzan lo ya dicho en párrafos precedentes respecto de la mayoritaria filiación de los adultos mayores a FONASA, así como también de su situación económica que para la mayoría es precaria.

6.1.7 VIVIENDA

Una gran proporción de la población adulta mayor es propietaria de la casa que habita. En todos los quintiles de ingreso, más del 76% de los adultos mayores ocupa una vivienda propia ya pagada (ibid), dando cuenta de una larga trayectoria en Chile de políticas habitacionales, a través del Ministerio de Vivienda.

III PARTE

ANÁLISIS DE LOS DATOS

CAPITULO VII

CARACTERIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

A continuación, se presentarán los datos obtenidos en la investigación realizada a 17 adultos mayores maltratados de la comuna de Pudahuel.

Comenzaremos con una caracterización general de los adultos mayores en estudio, en donde consideramos edad, sexo, estado civil, número de hijos, jefatura de hogar, etc. Posteriormente, se muestran las variables socioeconómicas, tales como: educación, vivienda, salud, participación social, acceso a redes sociales y económicas.

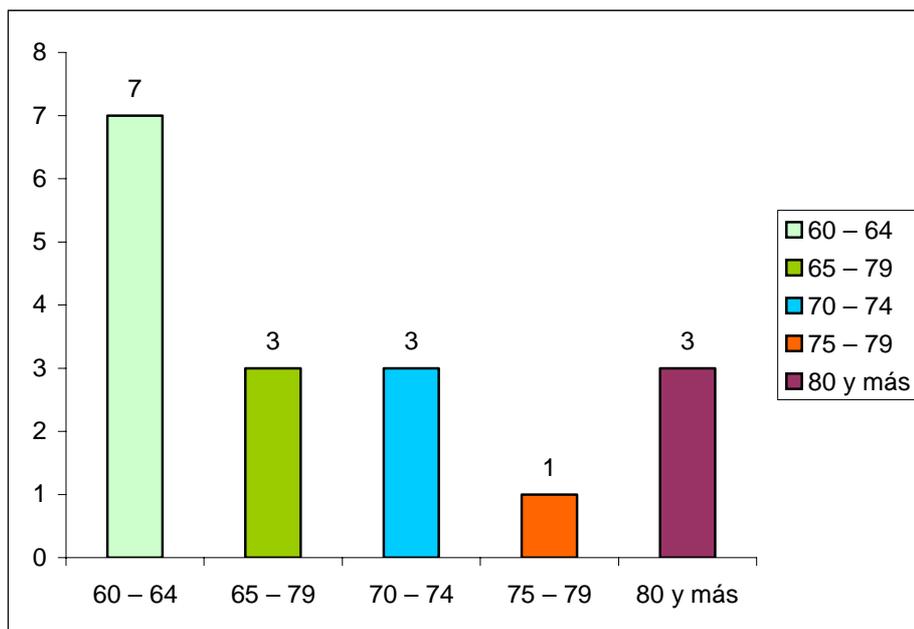
Como último punto de análisis, se presentan las variables de maltrato, en donde se hace referencia a las tipologías de maltrato consideradas en la investigación, con sus respectivos indicadores, los cuales nos permiten profundizar y conocer más en profundidad sobre la situación de maltrato hacia estos adultos mayores.

Se debe tener claridad que los distintos tipos de maltrato (físicos, psicológicos, patrimonial, económico y abandono y negligencia) son tratados en forma independiente, no obstante, se debe tener presente que en algunas situaciones se observan dos o más tipos de maltrato simultáneamente.

7.1 CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA

7.1.1 Antecedentes Generales

Gráfico N°8
Edad Adultos Mayores en estudio



Fuente: investigación directa.

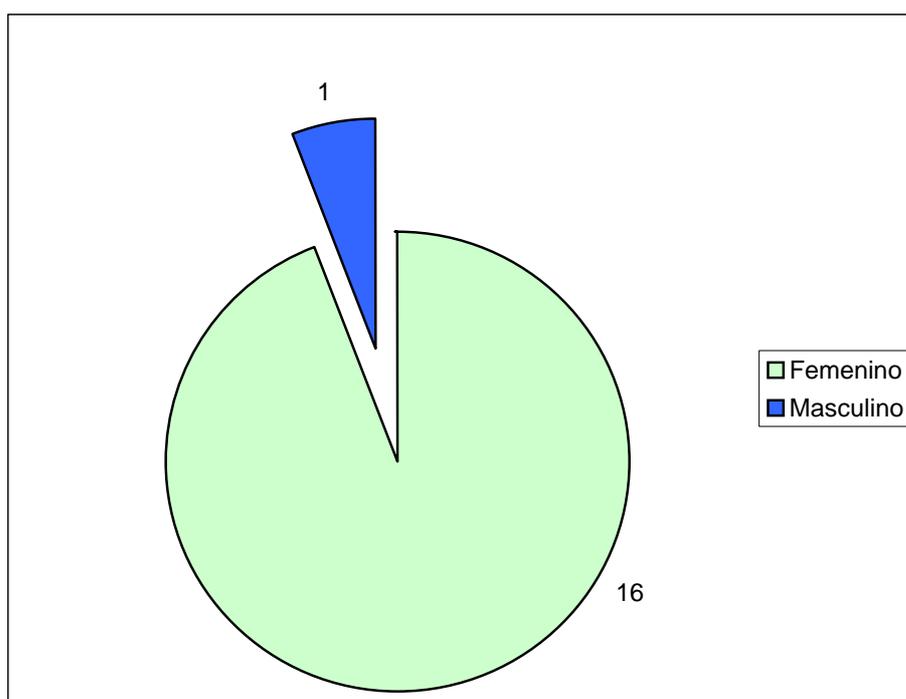
A partir de los datos recogidos en la investigación, podemos señalar que los adultos mayores en estudio en su mayoría se caracterizan por encontrarse dentro de los rangos de edad de 60-64 años.

Chile es un país que se encuentra en un proceso de envejecimiento avanzado, con ésto queremos decir que día a día el país tiene mayor proporción de personas mayores en relación a la población joven, una de las características de esta situación tiene que ver con la esperanza de vida de las personas. En América Latina la expectativa de vida supera los 70 años de edad, se estima que para el primer cuarto del siglo XXI la esperanza de vida a partir de los 60

años será de 22 y hacia el 2050 los adultos mayores vivirán en promedio casi 24 años y más. (CEPAL, 2001:25)

Nuestro país se caracteriza por poseer mayoritariamente adultos mayores dentro del primer grupo de personas mayores, entre 60 y 69 años de edad, y solo una pequeña fracción representa a la población octogenaria.

Gráfico N°9
Sexo Adultos Mayores



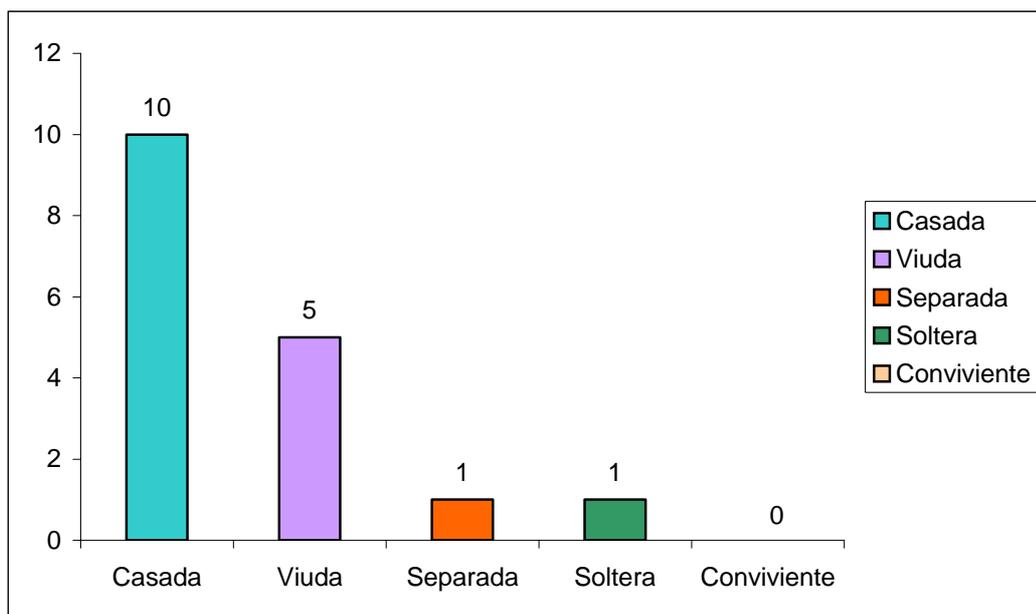
Fuente: investigación directa.

Es importante destacar que de la muestra de 17 adultos mayores maltratados, 16 corresponden a mujeres y solo 1 hombre. Situación que se condice con el dato de que mayoritariamente son mujeres las maltratadas.

Una característica significativa de la adultez mayor es su feminización, dado que la longevidad femenina es mayor. De acuerdo a datos de la CEPAL, del año 2001, el índice de masculinidad para las personas de 60 a 74 años en el año 2000, muestra una relación de 86 hombres por cada 100 mujeres, y en las personas de 75 y más años, la relación es de 70 hombres por cada 100 mujeres.

Existen proyecciones que indican que para el 2025 más del 60% del total de personas mayores de 75 años estará compuesto por mujeres. (CEPAL, 2000)

Gráfico N°10
Estado civil Adultos Mayores

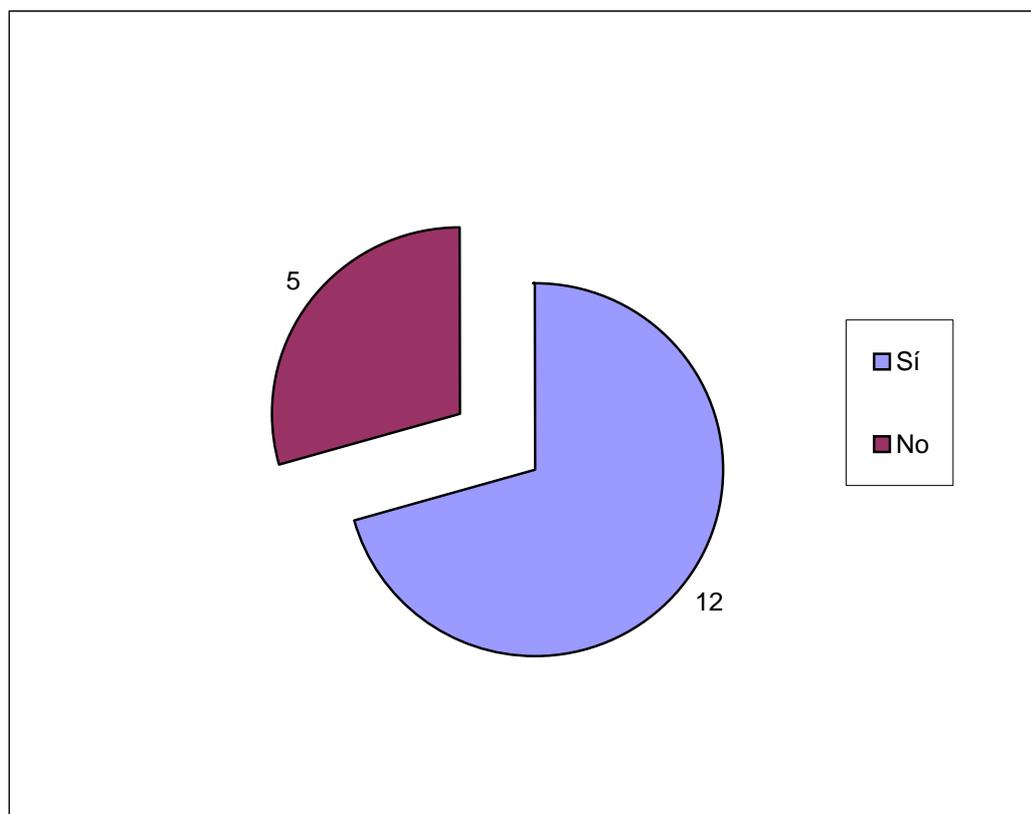


Fuente: investigación directa.

En relación al estado civil de estos adultos mayores predomina el ser casadas (10 casos), en tanto, aquellas que no tienen pareja componen menos de la mitad de la muestra y se encuentran en orden decreciente viudas, solteras y separadas.

El porcentaje de mujeres que vive sola se incrementa con la edad, lo que se refleja en la incidencia de la viudez en esta etapa de la vida, antecedentes coincidentes con los datos señalados en los párrafos precedentes.

Gráfico N°11
Adultos Mayores Jefe de hogar



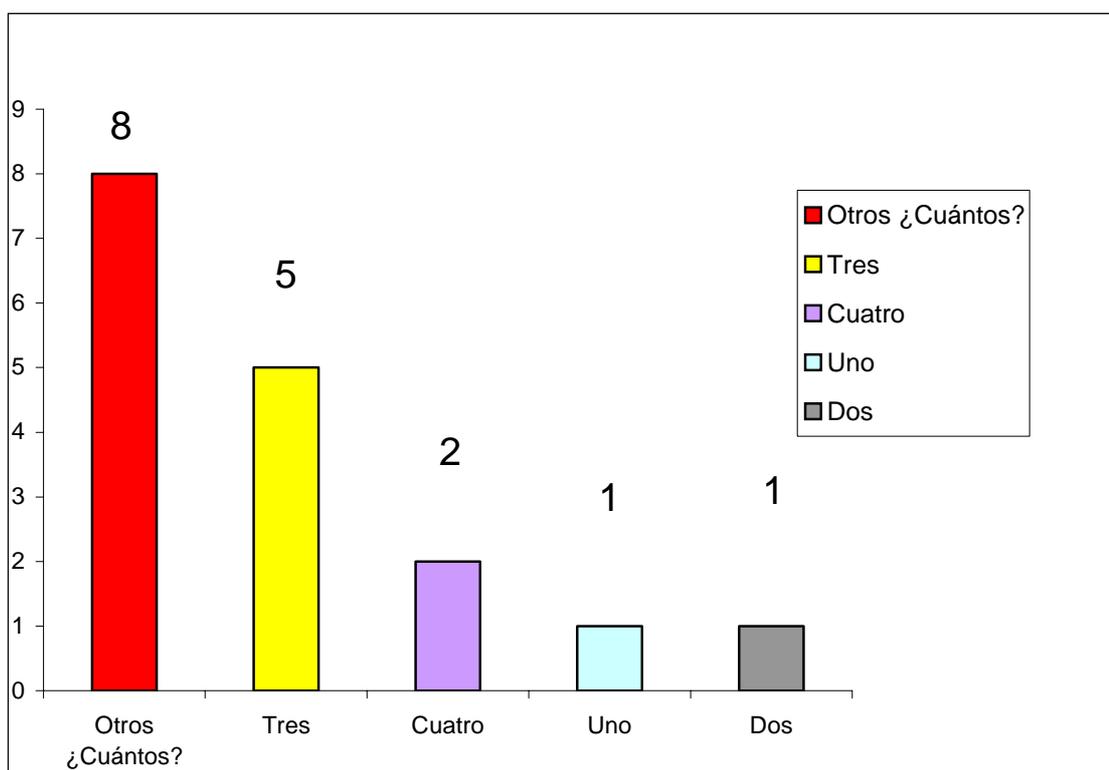
Fuente: investigación directa.

En relación a la jefatura de los adultos mayores, podemos indicar que 12 personas señalan ser jefes de hogar, información que indica que son ellos quienes cubren con sus ingresos, los gastos que el hogar tenga, aún cuando los ingresos que perciben, provienen mayormente de pensiones por vejez e invalidez (ver anexo VI, gráfico N°7), y los cuales se encuentran entre los rangos de 36.000 y 100.000 pesos mensuales, ingresos con los cuales deben

cubrir sus necesidades básicas. De acuerdo a los datos obtenidos en las entrevistas, sus hogares están conformados mayoritariamente por tres o más personas. Según el cuadro N° 6, el total de los adultos mayores del estudio mencionó tener enfermedades crónicas, por consiguiente es claramente posible inferir que sus ingresos son insuficientes para cubrir todas sus necesidades de salud.

Cabe tener presente que el universo de estudio esta formado por 16 mujeres, de las cuales 12 son las que asumen la jefatura del hogar, a pesar que un número considerable de ellas señala estar casadas (ver gráfico N° 10).

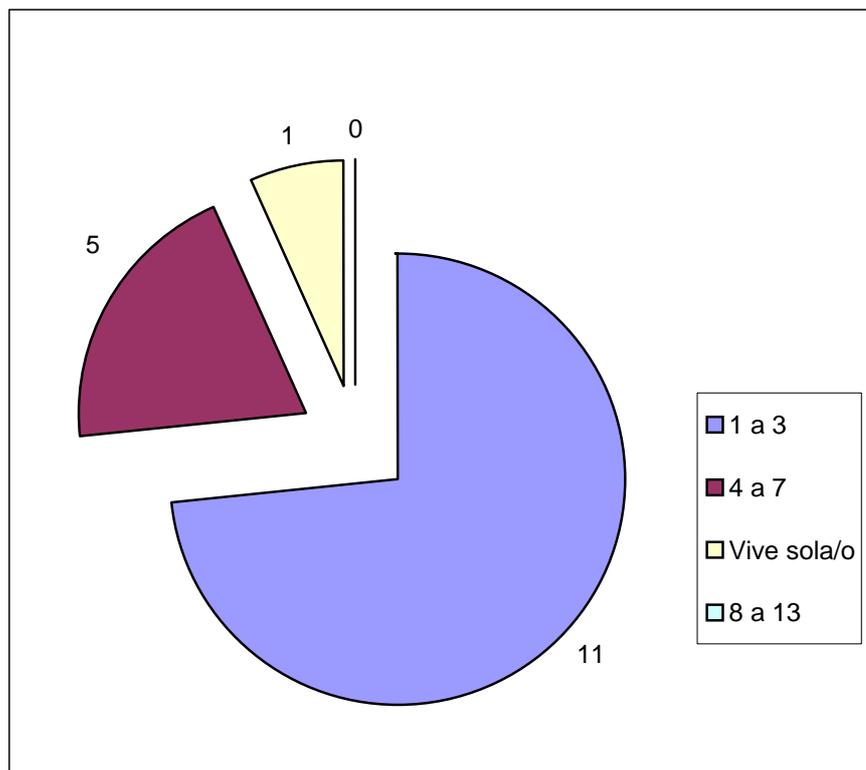
Gráfico N°12
Número de hijos vivos



Fuente: investigación directa.

En relación con el número de hijos vivos de los adultos mayores, 8 casos señalaron tener más de 4 hijos vivos en la actualidad, por lo tanto inferimos que estos adultos mayores forman parte de familias extensas, lo que permite suponer también que cuentan con una red social primaria significativa, en la cual pudieran apoyarse tanto económica, como afectivamente.

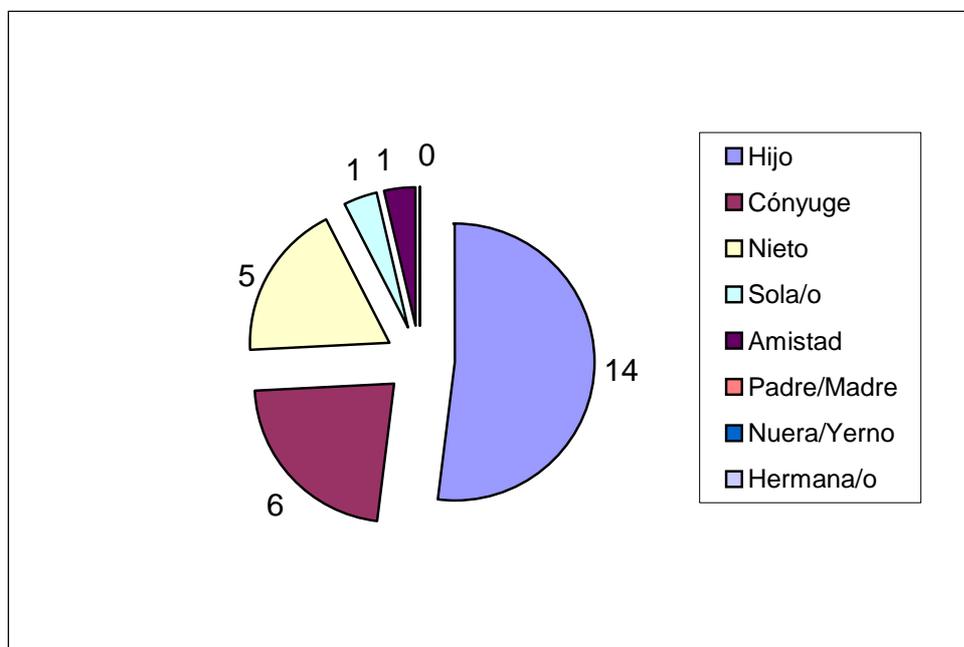
Gráfico N°13
Número de personas con quien viven



Fuente: investigación directa.

Gráfico N°14

Con quien viven los adultos mayores



Fuente: investigación directa.

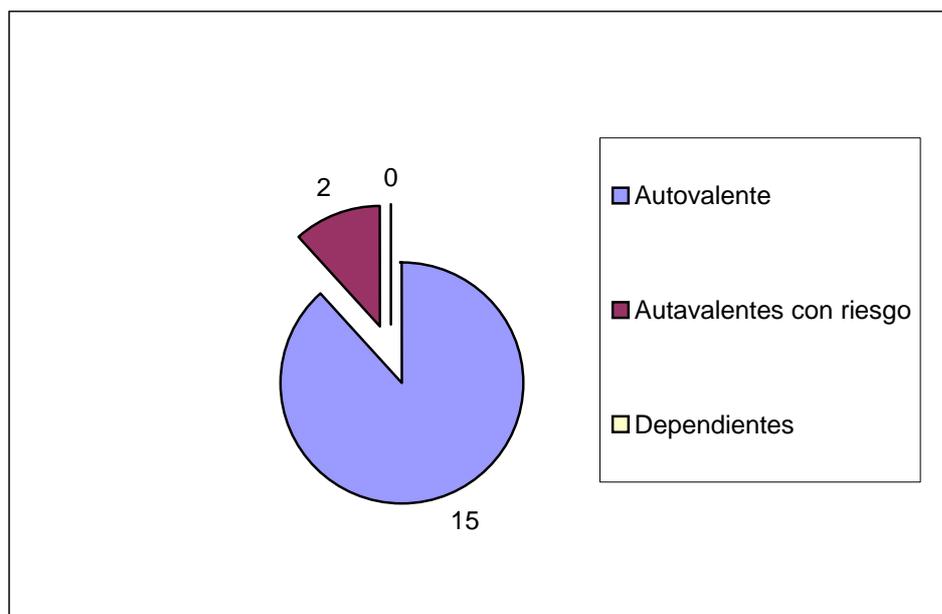
11 de los adultos mayores en estudio comparten sus hogares con un número de 1 a 3 personas, seguida por 5 personas que viven con grupos familiares compuestos por 4 a 7 personas.

Este dato es coherente con lo que declaran los adultos mayores del estudio, en relación a que la situación de maltrato que experimentan o han vivido, proviene de miembros de su familia (ver anexo VI, gráfico N° 9, 13, 17, 20), en donde el cónyuge, los hijos y los nietos son quienes con mayor frecuencia los agreden. En base a este antecedente se puede constatar que estos adultos mayores están en constante riesgo de sufrir maltrato, ya que vive diariamente con sus victimarios.

Tal como se apreció en el marco teórico de este estudio, para todas las personas entrevistadas en esta investigación la familia es la instancia social de mayor significación. Ella tiene un valor primordial en la vida de cada uno, es la instancia en donde se encuentra o debiera encontrar el afecto, la solidaridad. Los vínculos son o debiesen ser muy estrechos, sin embargo, es este mismo espacio en donde son víctimas de malos tratos y violencia, por lo cual podría inferirse que el grado de expectativa que se tiene de la familia se ve, a causa del maltrato, profundamente frustrado.

7.1.2 SALUD

Gráfico N°15
Nivel de funcionalidad



Fuente: investigación directa.

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación, 15 de los entrevistados se encuentran mayoritariamente en el nivel de funcionalidad de autovalente, esto quiere decir que poseen la capacidad de valerse por si mismos, son autónomos e independientes en todas las funciones básicas de la vida diaria, 2 personas se autocalifican de autovalentes con riesgo, es decir que requieren de ayuda para la realización de algunas actividades de la vida diaria como por ejemplo: bañarse, vestirse etc.

A medida que los adultos mayores avanzan en edad, existe mayor probabilidad de que se instalen diversas enfermedades crónicas, éstas sumada a estilos de vida inadecuados y condiciones socioeconómicas mínimas, hacen que el estado de salud funcional de las personas mayores se encuentre en una

condición de mayor vulnerabilidad, la cual puede transitar desde la autonomía, fragilidad, dependencia y finalmente postración.

Una de las primeras manifestaciones de enfermedades en los adultos mayores se produce a través de alteraciones de la funcionalidad. La alteración de la funcionalidad se constituye por lo tanto en un signo de alerta, de aquí la importancia fundamental de su medición permanente.

Cuadro N° 6
Presencia de enfermedades crónicas

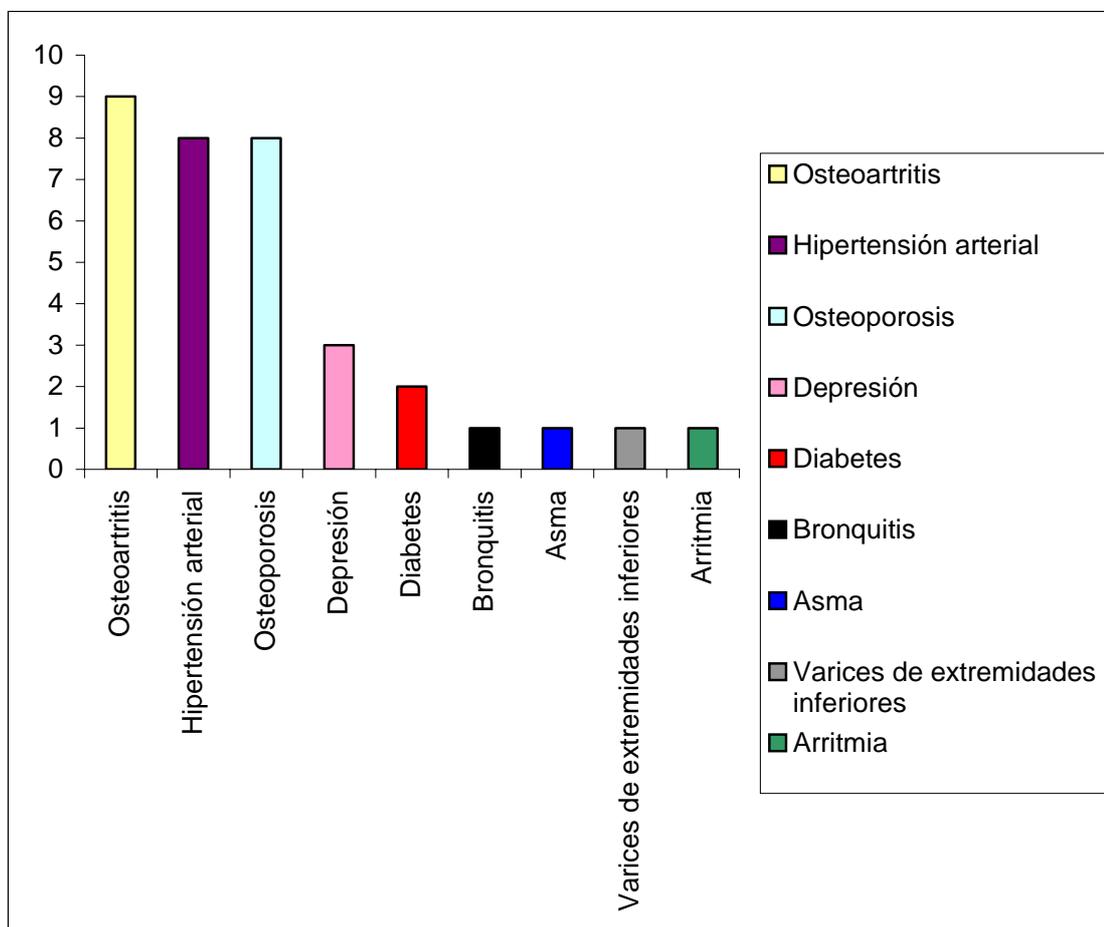
Código	Enfermedades crónicas	Frecuencia de medición
1	Sí	17
2	No	0
TOTAL		17

Fuente: investigación directa.

Como podemos observar en el cuadro N° 6 el total de adultos mayores de estudio menciona presentar enfermedades crónicas, 16 controlan sus enfermedades (ver anexo VI, gráfico N° 1). El único caso que no mantiene un control médico periódico, se encuentra en un rango de mayor vulnerabilidad de deterioro funcional.

Gráfico N°16

Enfermedades crónicas de mayor prevalencia en los adultos mayores

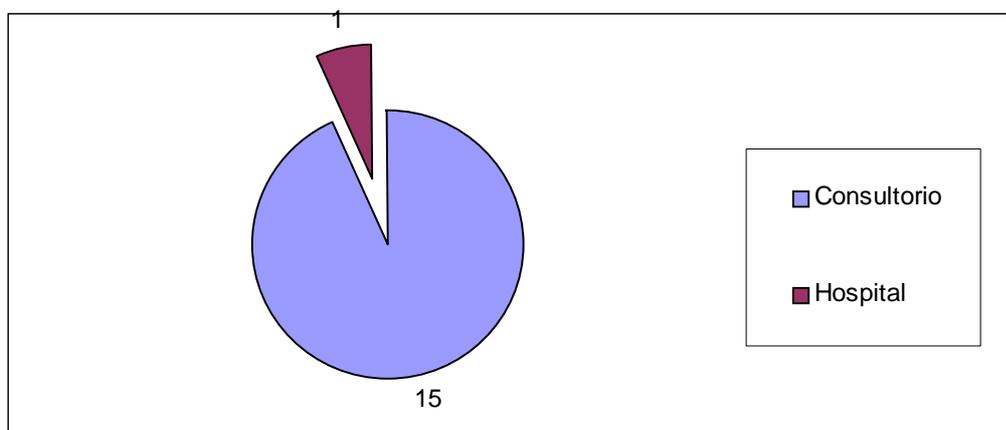


Fuente: investigación directa.

El total de los adultos mayores maltratados señaló presentar enfermedades crónicas, siendo la osteoartritis, hipertensión arterial y la osteoporosis (ver gráfico N° 16) las que presentan mayor frecuencia. Cabe señalar, que en muchos casos se presentan más de una enfermedad crónica en los adultos mayores, que afectan directamente su calidad de vida. Por otro lado, es importante mencionar que estas enfermedades en su mayoría son degenerativas y que presentan un riesgo vital para la salud de los adultos mayores si no son controladas adecuadamente.

Gráfico N°17

Donde se controlan las enfermedades crónicas



Fuente: investigación directa.

De los 16 adultos mayores en estudio que controlan sus enfermedades el 100% lo realiza en el sistema público de salud sea este consultorio u hospital.

Según la CASEN 2003, en la situación de salud de los adultos mayores, un 81,7% de las personas de 60 años y más se encuentran afiliadas al sistema público de salud. Debemos destacar que este 81,7% corresponde a los adultos mayores de los quintiles de ingresos más bajos, tal como son los entrevistados de esta investigación.

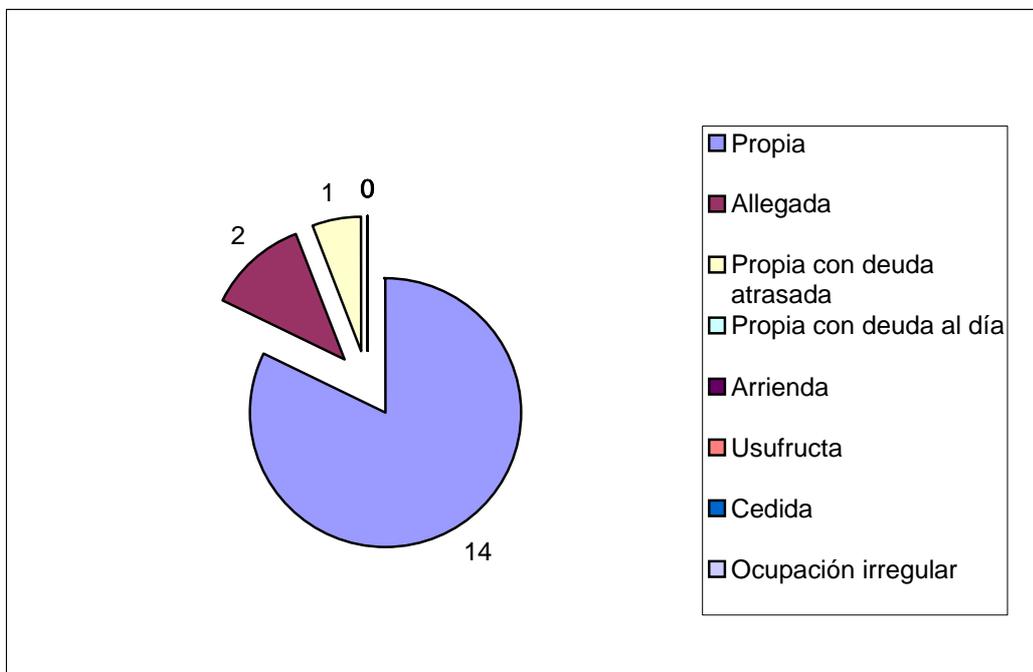
7.1.3 VIVIENDA

Cuadro N°7
Tipo de vivienda

Código	Tipo de vivienda	Frecuencia de medición
1	Casa	17
2	Departamento	0
3	Pieza	0
4	Otra ¿Cuáles?	0
TOTAL		17

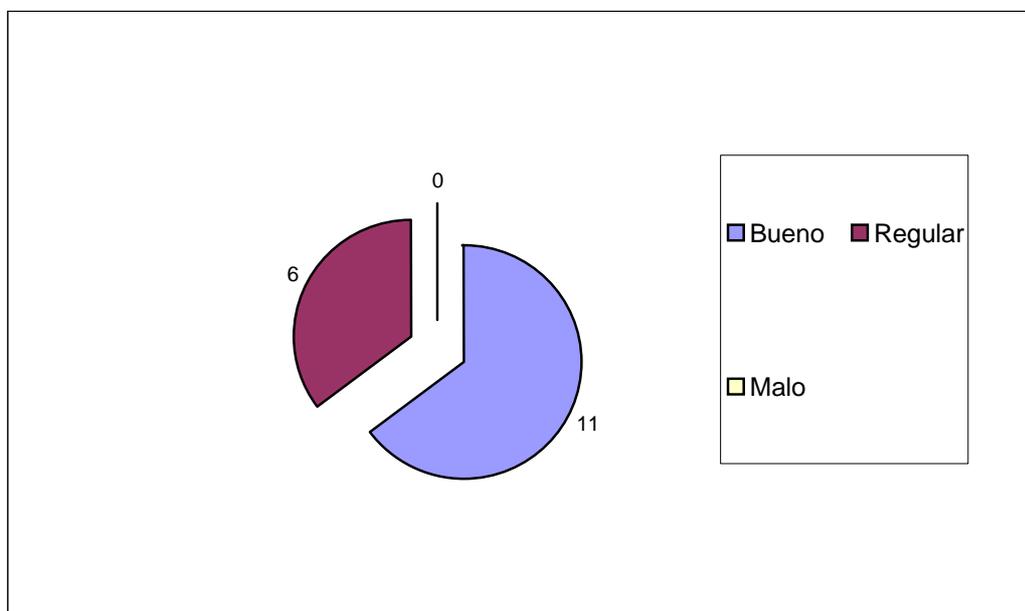
Fuente: investigación directa.

Gráfico N°18
Propiedad de la vivienda



Fuente: investigación directa.

Gráfico N°19
Conservación de la vivienda



Fuente: investigación directa.

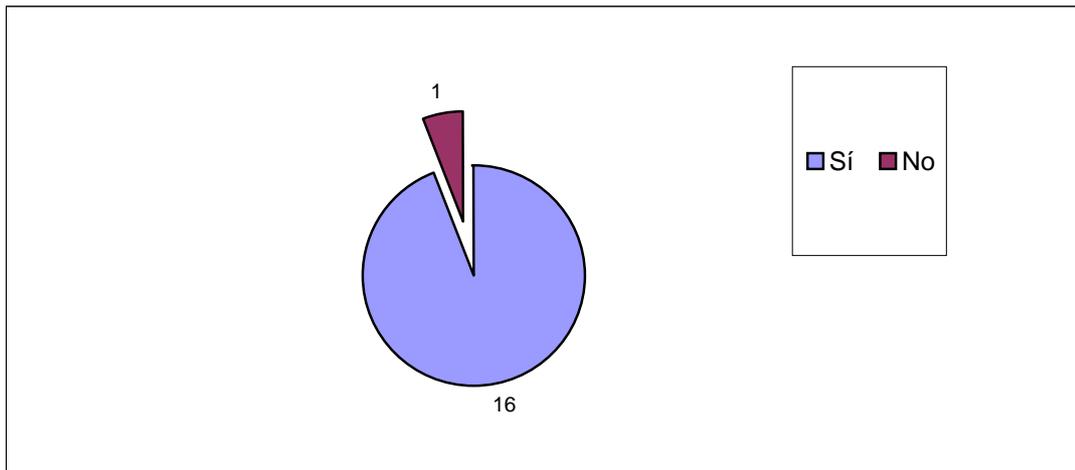
Al igual que los datos entregados por la CASEN 2003, en relación a la tenencia de la vivienda, la población adulta mayor en estudio es propietaria de la vivienda que habita (14 casos), que en su totalidad corresponden a casas.

De acuerdo a la información aportada por los adultos mayores, sus casas se encuentran en buen estado, con ésto queremos decir que no presenta problemas de infraestructura sea esta sólida o de madera, como tampoco presentan daño en los servicios básicos, lo que se puede atribuir a que en su mayoría son propietarios de éstas, por lo tanto pudiera existir una preocupación constante por la mantención del hogar.

Aquellos que mencionan (6 personas) que sus hogares se encuentran en regular estado, están indicando que la propiedad presenta algún daño menor ya sea en la infraestructura o en algún servicio básico, el que si fuera reparado dejaría esta categoría de clasificación. Sin embargo, dado que los ingresos que ellos perciben son mínimos, es muy posible que no estén ni vayan a estar en condiciones de solucionar dichos problemas.

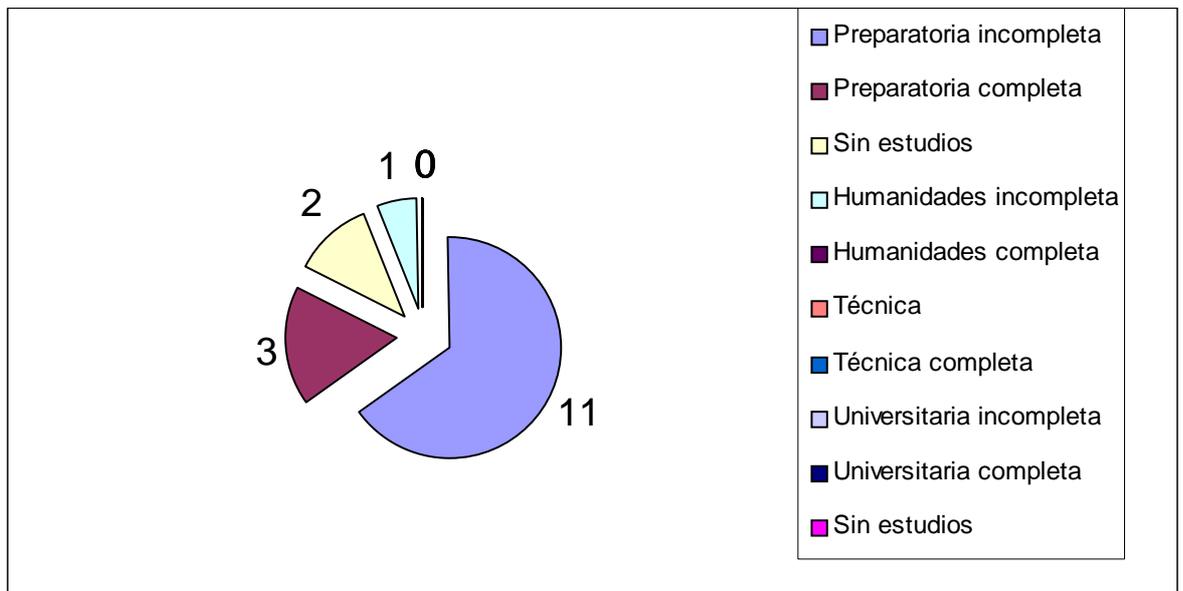
7.1.4 EDUCACIÓN

Gráfico N°20
Adultos mayores leen y escriben



Fuente: investigación directa.

Gráfico N°21
Nivel de escolaridad de los adultos mayores



Fuente: investigación directa.

Podemos observar de acuerdo a los datos entregados por los adultos mayores, que 16 casos señalan leer y escribir, evidenciándose sólo un caso de analfabetismo. Al observar el nivel de escolaridad de estos adultos mayores (ver gráfico N° 21) 15 casos mencionan haber recibido algún grado de instrucción, destacándose la preparatoria incompleta, es decir menos de 6 años de estudio, seguido por la preparatoria completa, que en su época de estudiantes correspondía a seis años de escolaridad.

Cabe destacar que de los dos adultos mayores que indican no tener estudios, sólo uno menciona no saber leer y escribir, por lo tanto, se deduce que el otro caso, aprendió a leer y escribir por otros medios distintos a la educación formal.

En la CASEN 2003, se observan importantes descensos de analfabetismo en la población adulta mayor. Esta cifra en 1990 representaba un 15,9% de personas mayores, en tanto que el año 2003, corresponde a 13,2%.

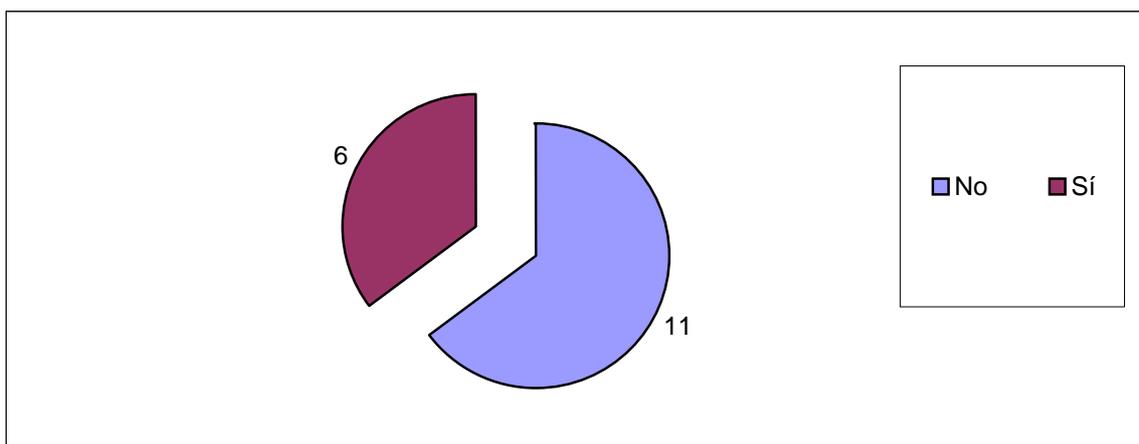
Como ya dijimos, de los adultos mayores de nuestro estudio solo 1 caso señala no saber leer ni escribir, lo que podríamos decir que en esta pequeña muestra se refleja el descenso de analfabetismo de la población adulta mayor del país.

En relación al promedio de escolaridad de las personas mayores, la CASEN 2003 indica que éste se incrementó de 6 a 6,6 años de estudio. Si bien la CASEN 2003 señala un aumento en el promedio de años de estudio de los adultos mayores, 11 de los adultos mayores del estudio se encuentran bajo el promedio de seis años de escolaridad, solo 4 casos de ellos cuentan con seis años o más de escolaridad.

Debemos destacar que el incremento de los años de escolaridad de los adultos mayores según la CASEN 2003, se ha dado en los diversos quintiles de ingresos. Cabe destacar sin embargo que hay una relación proporcional entre adultos mayores de los quintiles de ingresos más altos y mayor número de años de escolaridad. Por el contrario, en los quintiles de ingresos más bajos los años de estudio también son menores. Este es el caso de los adultos mayores del estudio.

7.1.5 PARTICIPACIÓN SOCIAL

Gráfico N°22
Adultos mayores y participación social



Fuente: investigación directa.

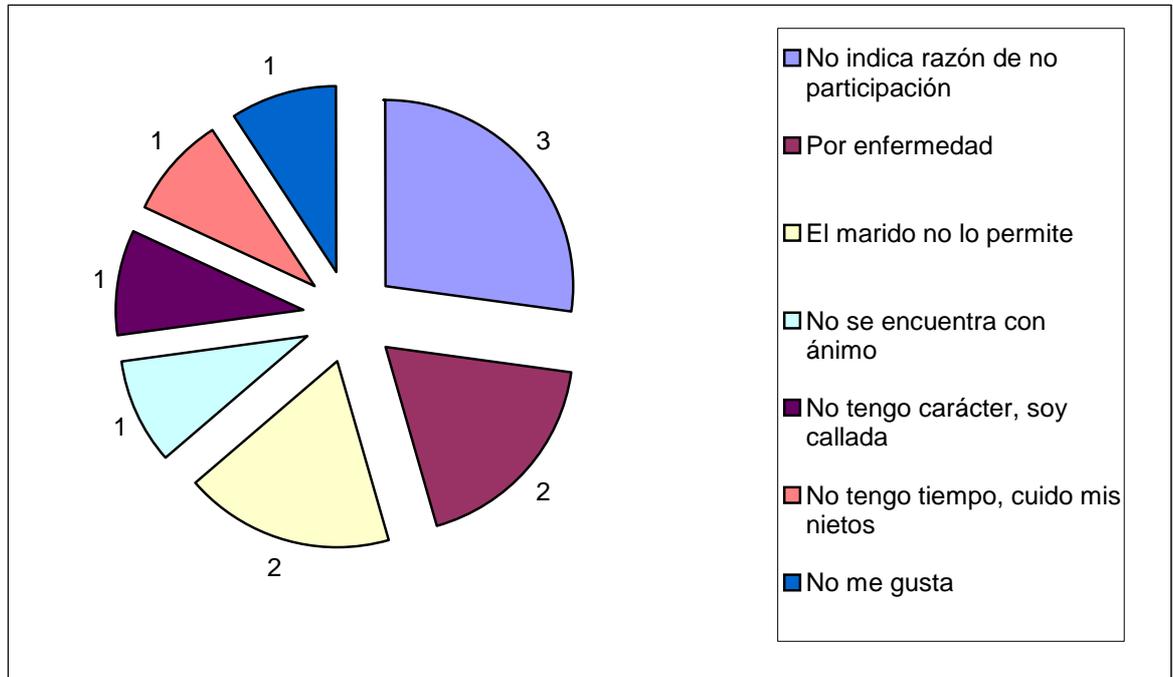
En relación a la participación de los adultos mayores maltratados en el ámbito social, podemos señalar que 11 casos no participan en ninguna organización social y solo 6 personas participan en alguna organización, principalmente clubes de adultos mayores (ver gráfico N°24). Estas organizaciones han crecido en los últimos años, siendo este crecimiento superior al resto de las organizaciones comunitarias del país, lo que se ve demostrado en el catastro de organizaciones sociales de adultos mayores publicado por SENAMA (años 1998, 2001, 2003).

Crecimiento de Organizaciones de Adultos Mayores

Año	Nº de Clubes
1998	3435
2001	6094
2003	7668

Gráfico N°23

Adultos mayores y motivo de no participación social



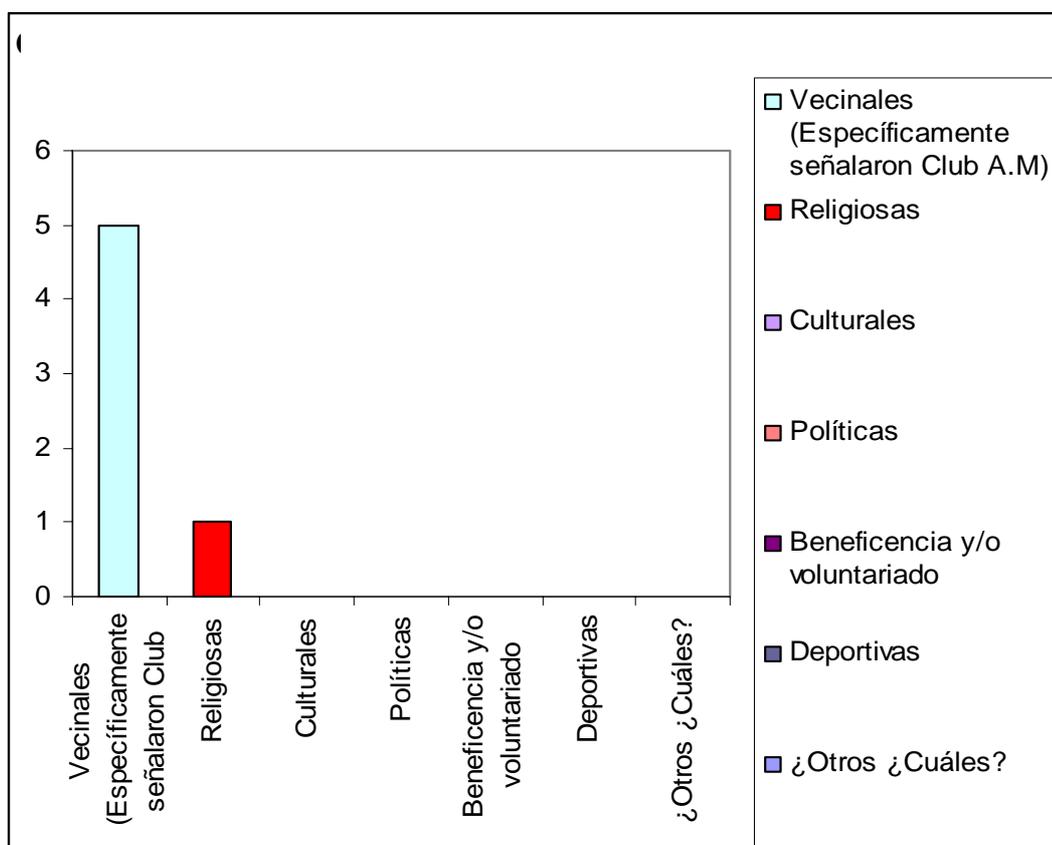
Fuente: investigación directa.

11 casos de los adultos mayores de nuestro estudio indican no tener ningún tipo de participación social, tres de ellos expresan la presencia de enfermedades como una de las razones válidas de no participación. Sin embargo, debemos recordar que el total de los adultos mayores del estudio presentan enfermedades crónicas. Otro motivo de no participación social esta sujeto a la autoridad que ejercen los cónyuges o parejas sobre los adultos mayores del estudio, quienes no les permiten participar en alguna instancia fuera del hogar.

Cuando nos referimos a personas maltratadas, en cualquiera de las edades, una de sus principales características es presentar una baja autoestima y autoimagen, la que podemos observar en los motivos de no participación que

indican los adultos mayores de nuestro estudio, tales como: “no me encuentro con ánimo”, “no tengo carácter y soy callado”, etc. En los adultos mayores del estudio parece relevante la autoridad o autoritarismos que el cónyuge o pareja ejerce sobre ellas al punto de coartarles la participación en algún espacio.

Gráfico N°24
Adultos mayores y tipo de participación social



Fuente: investigación directa.

De acuerdo a la información obtenida en el gráfico N°24 sobre el tipo de participación social de los adultos mayores del estudio, queda claro que son dos los tipos de organizaciones que concentran el interés por participar, las

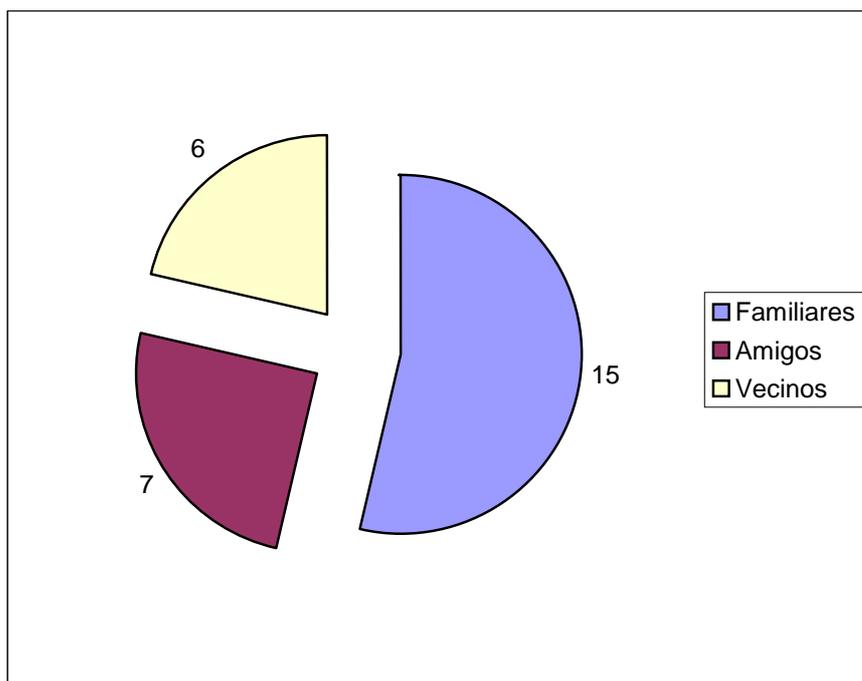
comunitarias como lo son los clubes de adultos mayores y por otro lado las organizaciones religiosas.

Estos antecedentes son coherentes con los resultados de la encuesta CASEN del año 2000, en su documento N°12 sobre la situación de los adultos mayores en Chile, los cuales señalan en orden jerárquico, las mismas primeras mayorías de interés de participación, siendo un 12% en organizaciones comunitarias y un 10,5 % en organizaciones religiosas.

7.1.6 REDES SOCIALES

Gráfico N°25

Adultos mayores vinculación con redes sociales



Fuente: investigación directa.

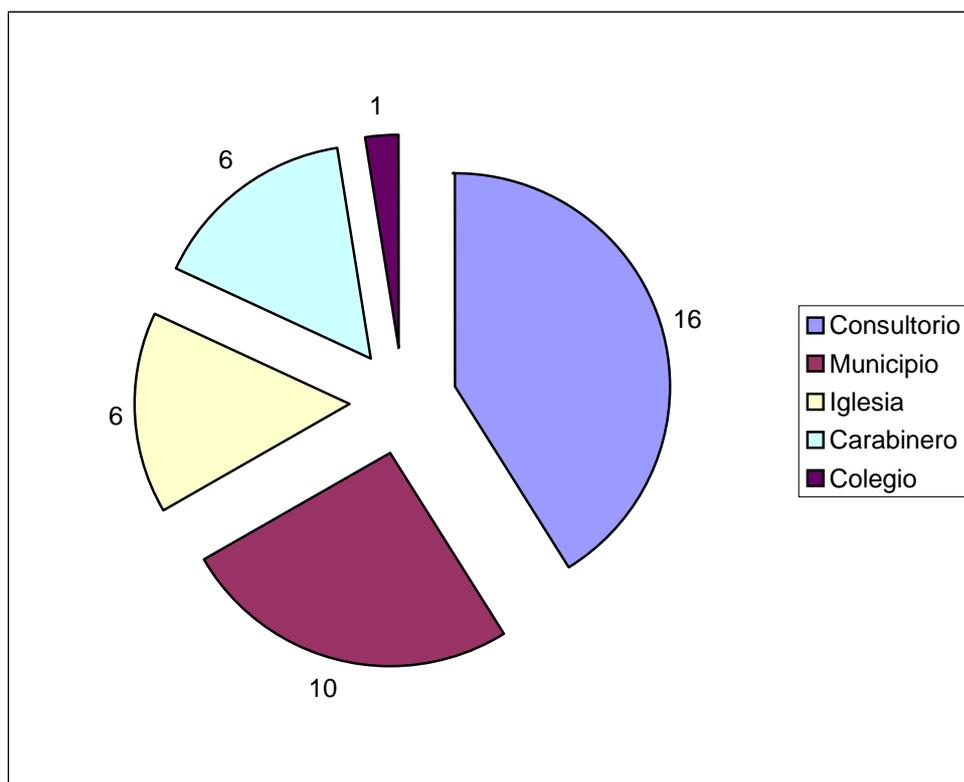
Para los adultos mayores maltratados, su principal red de apoyo son sus familiares (15 casos), seguidos por amigos y vecinos, con los cuales mantienen un grado de vinculación muy frecuente, en donde el tipo de apoyo social entregado por éstos es afectivo y emocional, el cual se manifiesta según sus opiniones, en todos los casos.(ver anexo VI, gráfico N°4).

A pesar de que los adultos mayores maltratados, cuentan con apoyo familiar con quienes compartir sus problemas, dificultades y de quienes reciben afecto, la situación de maltrato al cual están expuestos no ha sido resuelta y en muchos casos proviene de las mismas familias.

Los lazos familiares y de parentesco siguen siendo la base trascendental de la organización y funcionamiento cotidiano de la vida, la familia sigue siendo el núcleo que ordena parte importante del quehacer de los individuos, y en particular de los adultos mayores.

La familia nuclear y la red extendida de parentesco es identificada como uno de los espacios privados de privilegios y en muchos casos el único espacio de transferencia de recursos materiales, de cuidado y afectivos de la vida diaria de las personas de edad (Kornfeld, et al, 2005).

Gráfico N°26
Identificación instituciones de servicio



Fuente: investigación directa.

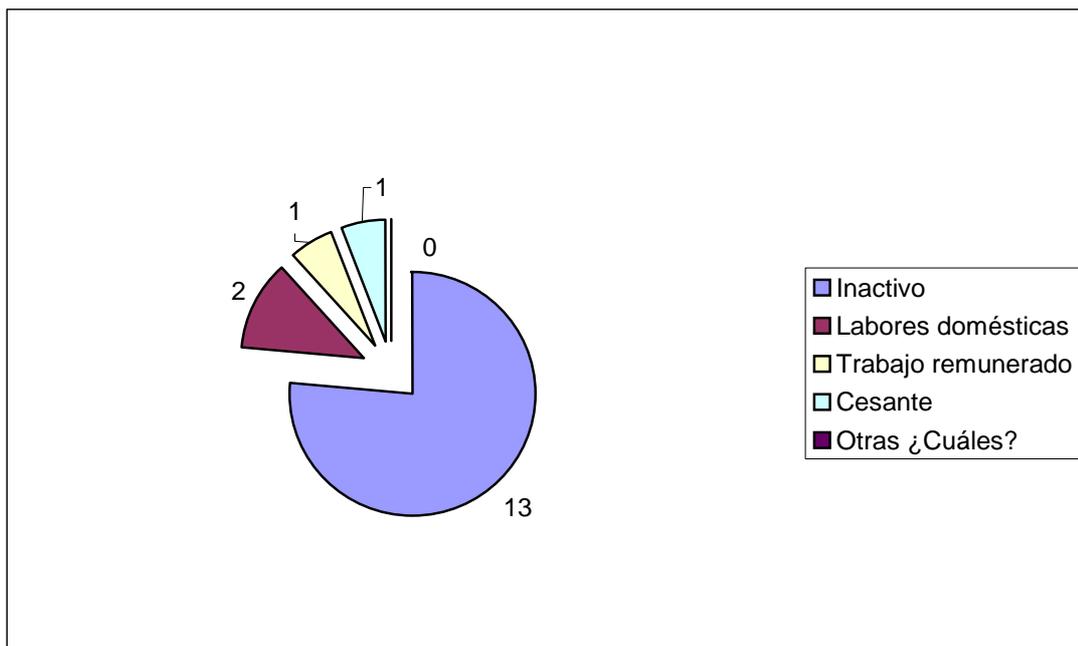
Las instituciones sociales que los adultos mayores en su mayoría identifican son: los consultorios, municipios, iglesia y carabineros. Identificación, que se puede deber en su conjunto por la atención que estas instituciones les prestan, los consultorios en el cuidado y control de sus enfermedades, municipios en la prestación de beneficios sociales, como lo son las PASIS etc.

En segundo nivel de identificación de instituciones de servicios, encontramos la Corporación de Asistencia Judicial, en donde sólo tres casos lo mencionaron, lo que se debe principalmente a la relación que ellos tienen con su situación de maltrato, como lo es el maltrato patrimonial y/o económico (ver gráfico N°33).

Las redes sociales secundarias, como lo son las instituciones de servicio, se han ido desarrollando como espacios positivos de vinculación propios de los adultos mayores. Se muestran como un espacio nuevo y novedoso, donde líderes, dirigentes y en general personas mayores se empapan de una visión de trabajo que les permite cambiar el tipo de vinculación paternalista y asistencialista que tenían antiguamente con las redes sociales de servicio. Estos espacios de múltiples denominaciones, pero todos bajo la misma idea de trabajo en red, han logrado irrumpir con fuerza en el contexto nacional y son unas de las instancias propicias para la participación de los adultos mayores, quienes en su mayoría gestionan sus propios recursos y beneficios en son de una mejor calidad de vida. (ibid).

7.1.7 SITUACIÓN ECONÓMICA

Gráfico N°27
Actividad económica adultos mayores



Fuente: investigación directa

De acuerdo al gráfico, podemos observar que 13 de los adultos mayores del estudio señalaron encontrarse inactivos, es decir no estar realizando ningún tipo de trabajo remunerado; 2 casos mencionan realizar labores domésticas y sólo 1 persona, mujer de 64 años de edad esta realizando un trabajo remunerado.

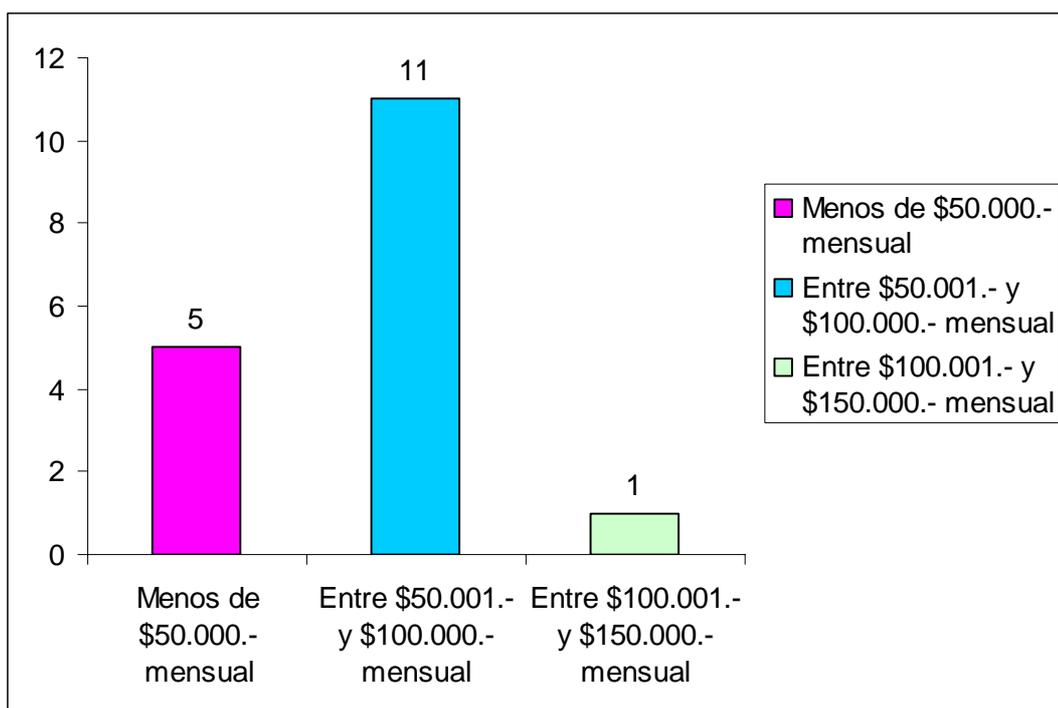
Los ingresos de los adultos mayores principalmente provienen de pensiones de vejez o invalidez, ayuda de terceros, pensiones de viudez o montepíos etc.

Según la CASEN 2003, la tasa de participación laboral de los adultos mayores en la fuerza de trabajo entre los 60 a 65 años corresponde a un 44,7% cifra que desciende a un 20,6% en los adultos mayores de los tramos de edad de 66 a 75

años, y a un 6,5% en aquellos de 76 años y más. Por otra parte, existen importantes diferencias en la tasa de participación laboral de los adultos mayores por sexo, en efecto en todos los tramos de edad analizados, la tasa de participación laboral de los hombres adultos es muy superior a la registrada por las mujeres.

Entre los adultos mayores la razón más gravitante de la inactividad laboral es la jubilación, aunque en las mujeres los quehaceres del hogar son una razón muy importante dentro de los roles que socialmente se han asignado a su género 61,6% de las adultas mayores.

Gráfico N°28
Monto de ingresos adultos mayores



Fuente: investigación directa

De acuerdo a lo observado en el gráfico, 11 de los adultos mayores entrevistados, perciben ingresos que fluctúan entre los 50.001 y 100.000 pesos,

ingresos que provienen de pensiones y aportes de terceros. (ver anexo VI, gráfico N°7), quiénes son mujeres, casadas, cuyos hogares están formados de uno a tres personas.

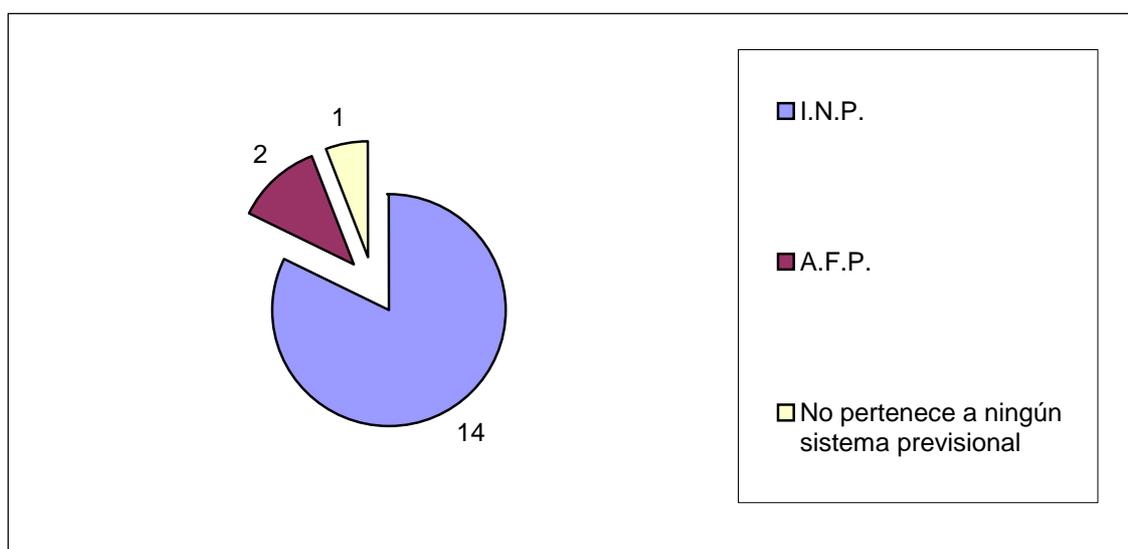
Según el monto de ingreso que los adultos mayores perciben, y al hacer la relación con el número de personas con quien viven en el hogar (ver gráfico N°13) podríamos decir, que los adultos mayores del estudio se encuentran en situación de pobreza. Se considera en situación de pobreza aquellos hogares cuyos ingresos son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas alimentarias y no alimentarias de sus miembros. Operativamente un hogar es pobre cuando su ingreso monetario per-capita es inferior a dos veces el valor de una canasta básica de alimentos, cabe recordar que a la fecha, en la zona urbana la canasta familiar tiene un costo de 21.850 pesos.

Según la CASEN 2003, entre los años 1990 y 2003 la proporción de adultos mayores en situación de indigencia descendió de manera muy importante desde un 4,7% a un 1,6%, asimismo, la pobreza no indigente descendió casi a la mitad, desde un 15,7% a un 8,1%.

De acuerdo a la CASEN 2003, el 78,4% de los beneficiarios de PASIS de vejez o ancianidad son adultos mayores pertenecientes a la población de menores ingresos del país. En el año 2003, según información del Instituto de normalización Previsional, INP se pagaron 165.150 pensiones asistenciales de vejez o ancianidad. Los resultados de la encuesta CASEN 2003 muestran que el 54,3% de los beneficiarios adultos mayores que perciben estas pensiones pertenecen al primer quintil de ingreso y el 24,1% al segundo quintil de ingreso, por lo tanto un 78,4% de los adultos mayores beneficiarios de estas pensiones pertenecen al 40% de los hogares de menores ingresos. De acuerdo a esta información, podríamos indicar que los adultos mayores de nuestro estudio forman parte de este 40% de los hogares de menores ingresos, quienes

podríamos indicar que forman parte del I y II quintil de ingreso (ver gráfico N°28).

Gráfico N°29
Situación previsional adultos mayores



Fuente: investigación directa

De acuerdo al gráfico N°29, 14 casos de los adultos mayores del presente estudio, señalan pertenecer al Instituto de Normalización Previsional, INP. Dos personas se encuentran afiliadas a una Administradora de Fondo de Pensiones, AFP, y un entrevistado no pertenece a ningún sistema previsional.

Uno de los acontecimientos característicos de la vejez, es el retiro laboral, ya sea por disposiciones legales, cumplimiento de edad, por presiones sociales (para dejar sus cargos a los más jóvenes) o simplemente, para hacer uso de un merecido descanso después de tantos años de trabajo. La legislación laboral chilena contempla un sistema de pensiones para quienes ya hayan trabajado y cumplido ciertos requisitos.

Para acceder a este derecho, en Chile coexisten dos sistemas previsionales, por una parte, el antiguo sistema conformado por las ex cajas de previsión social, hoy administradas por el INP, y por otra, desde 1980 en adelante el nuevo sistema previsional, a cargo de las Administradoras de Fondos de Pensiones. (Kornfeld, 2005)

Según la CASEN 2003, el 64,8% de los adultos mayores que declararon recibir ingresos por pensiones declaró que la institución que paga su pensión es el Instituto de Normalización Previsional (INP), un 15,7% declaró que la institución que paga su pensión es una AFP, un 8,6% una Compañía de Seguros y un 6,5% una Caja de las Fuerzas Armadas.

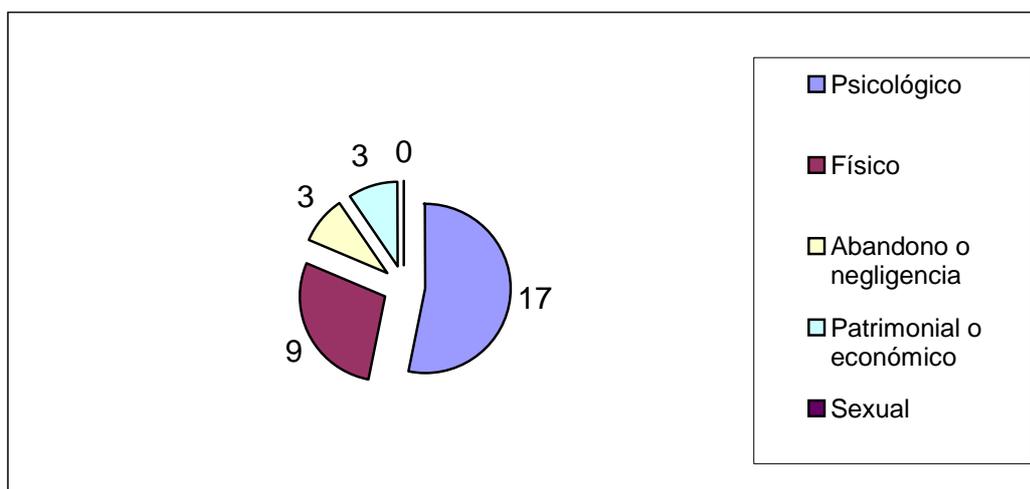
Con respecto al año 2000, se observa un incremento de las AFP como instituciones pagadoras, al igual que las Compañías de Seguros y un descenso del INP como entidad que paga las pensiones. (CASEN, 2003)

7.2 ANTECEDENTES SOBRE EL MALTRATO

El maltrato, es un acto único o reiterado, que causa daño o aflicción a una persona, en este caso a un adulto mayor. Cada tipología de maltrato, tiene sus propias características, modalidades y expresión, por esta razón, en esta etapa del estudio el análisis de los datos se tratarán de manera separada, aún cuando los afectados por esta problemática presenten más de un tipo de maltrato.

Gráfico N°30

Tipo de maltrato de los adultos mayores en estudio



Fuente: investigación directa.

Los maltratos de los cuales han sido víctimas los entrevistados son: el psicológico, físico, abandono o negligencia y patrimonial o económico. La tipificación de abuso sexual en esta etapa del estudio se excluye del análisis, ya que no se registró ningún caso.

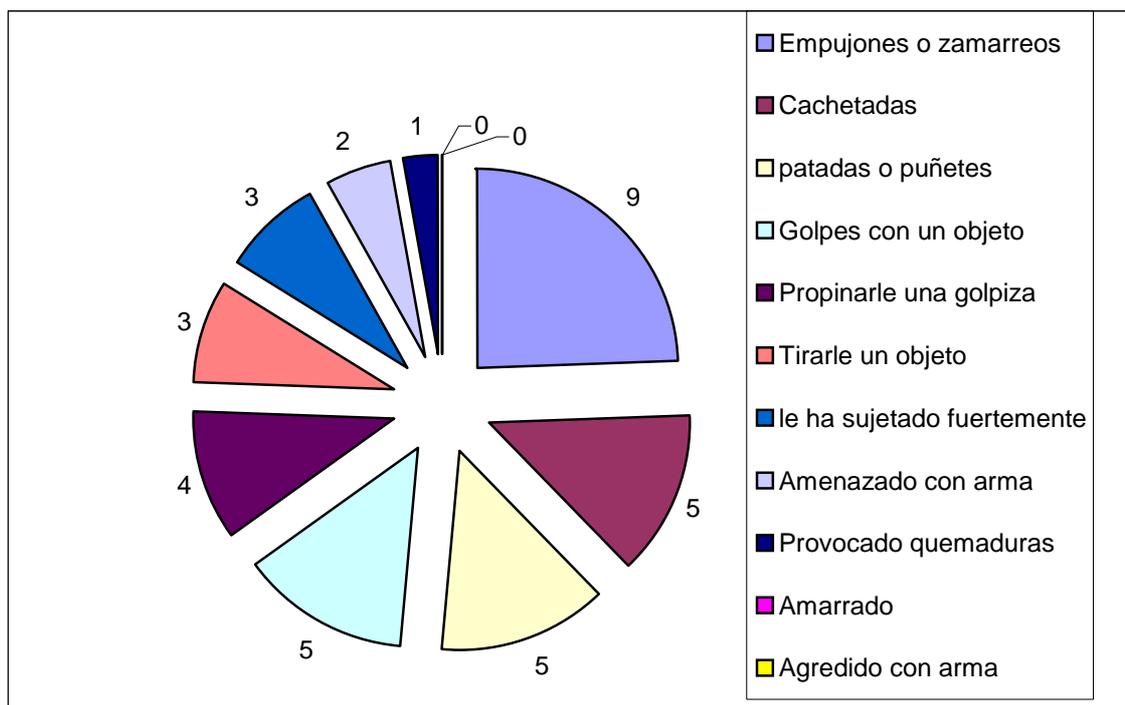
Como ya hemos visto en el marco teórico, el maltrato es un “acto único o reiterado u omisión” que causa daño o aflicción a una persona mayor, el cual se

produce en cualquier relación donde exista una “expectativa de confianza”. Este afecta el bienestar e impide que las personas ejerzan su derecho a ser tratadas con respeto. El maltrato como acto de violencia tiene implícito el hecho de hacer daño, en este caso al adulto mayor, es un acto que puede ocurrir en distintos ámbitos tales como, familiar, comunitario e institucional, además se da en una relación de confianza, en donde el agresor no es un individuo ajeno a la víctima, el cual puede ser un familiar o cuidador.

7.2.1 FÍSICO

Gráfico N°31

Expresión de maltrato físico en los adultos mayores en estudio



Fuente: investigación directa.

De acuerdo al gráfico N°30, un número de 9 casos manifestaron ser objeto de maltrato físico. Dentro de esta categoría de maltrato, existe una serie de conductas de agresión física de las cuales son víctimas los adultos mayores en estudio, es necesario señalar que algunos de ellos han vivenciado más de una conducta de agresión física.

El maltrato físico se caracteriza por el uso de la fuerza física, el que puede producir una injuria, herida, dolor o discapacidad en un adulto mayor, es una agresión no accidental realizada en una persona, la que daña su integridad corporal, con intención de provocar dolor, lesión corporal y en algunos casos desfiguración y/o muerte. Es el único tipo de maltrato que deja una evidencia física constatable en las personas que son víctimas.

En el gráfico N°31, podemos evidenciar que los empujones o zamarreos, es una expresión de agresión similar en todos los adultos mayores que son víctimas de este tipo de maltrato (9 casos). Seguido por las cachetadas, patadas, puñetes y golpes con algún objeto (5 casos). Propinarle una golpiza, sujetarlo fuerte, tirarle algún objeto, amenazarlo con arma o provocarle quemaduras, se presentan en menor frecuencia. Todos estos actos de maltrato dañan y producen lesiones físicas y psicológicas que pueden en una situación extrema llevar a una discapacidad, ya sea temporal o permanente aún adulto mayor, y en caso extremo la muerte.

La frecuencia del maltrato físico del cual han sido víctimas estos adultos mayores, considerándolo desde la fecha que fueron entrevistados, Noviembre de 2004 es la siguiente: 4 casos señalan que esta situación de maltrato era muy frecuente (más de 20 veces en los últimos 12 meses), de igual número de casos, frecuente, es decir, de 6 a 20 veces a lo menos durante los últimos 12 meses y sólo 1 caso señaló, ocasional (ver anexo VI, gráfico N°8).

Los principales agresores son los cónyuges e hijos/as, en menor frecuencia encontramos nieta/o (ver anexo VI, gráfico N°9). Por lo tanto, éstos adultos mayores tienen una relación de parentesco directa con el agresor, quien forma parte de su núcleo familiar y que por lo general vive bajo su mismo techo. Este dato refuerza el hecho de que los actos de maltrato se dan cuando existe una expectativa de confianza, según lo que indica la definición de maltrato.

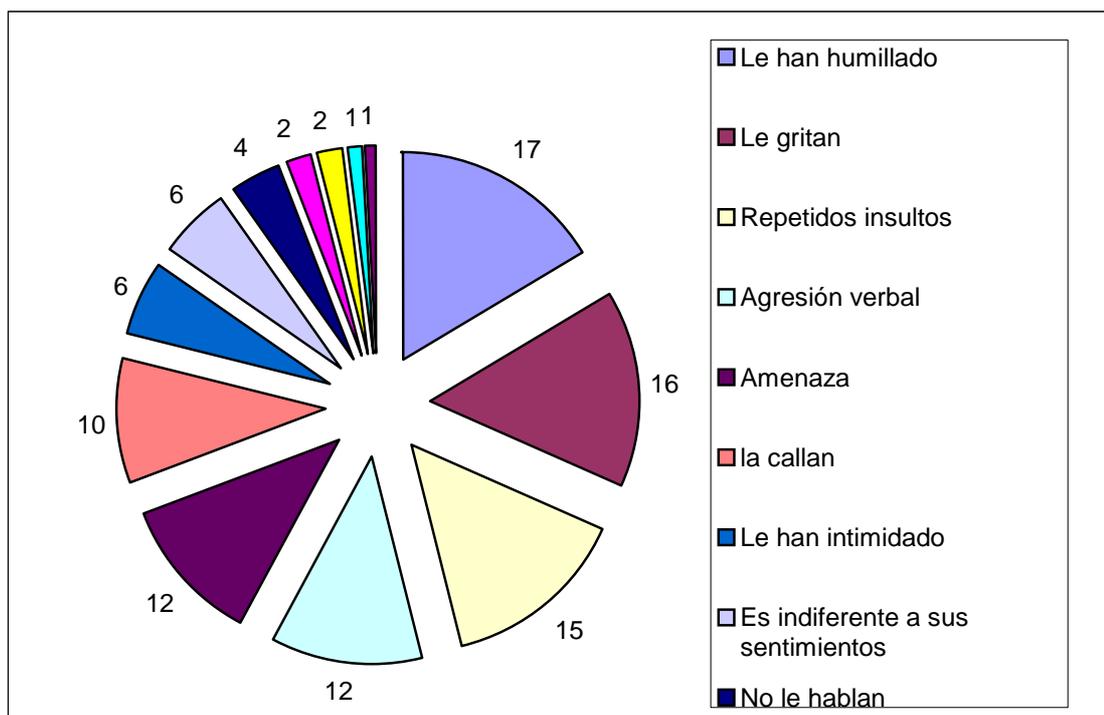
Otro antecedente importante de evidenciar, es que esta situación de maltrato, no es desconocida para el entorno inmediato del adulto mayor, ellos señalan que familiares, amigos y vecinos conocen de su situación (ver anexo VI, gráfico N°10). Llama la atención, que estando en conocimiento de agentes tan significativos para los adultos mayores, como son los familiares, no se tomen medidas, por parte de quienes tienen conocimiento de esta situación, de resguardo hacia este adulto mayor.

En relación al conocimiento acerca de quienes son los “otros” que conocen esta situación, los entrevistados señalan: el consultorio, carabineros y comedor. Dichas Instituciones en alguna medida han abordado la problemática de maltrato del adulto mayor.

7.2.2 PSICOLÓGICO

Gráfico N°32

Expresión de maltrato psicológico en los adultos mayores



Fuente: investigación directa.

Como se pudo observar en el gráfico N°30, el número total de los adultos mayores entrevistados, 17 casos, declaró ser objeto de maltrato psicológico, siendo éste y el físico, los tipos de maltrato que mayoritariamente afectan a estos adultos mayores.

Considerando que los adultos mayores han vivenciado más de un tipo de conductas de agresión psicológica, resulta interesante observar cuáles son las expresiones más recurrentes de este tipo de maltrato. De acuerdo al gráfico N°32 éstas son: las humillaciones, los gritos, repetidos insultos, agresión verbal,

las amenazas y el hacer callar. En menor frecuencia, encontramos las intimidaciones, la indiferencia a sus sentimientos, el no hablarle, el negar la participación de reuniones sean estas familiares o de otra índole, la infantilización y el rechazar sus deseos. Todas ellas, son acciones verbales y no verbales que de acuerdo a las investigaciones realizadas en Chile sobre el maltrato al adulto mayor (Neumann I. 1997, Lowick- Russell J, 1998, Quiroga P. y Cols, 1999), producen angustia, pena y dolor, además que generan sentimiento de inseguridad, baja autoestima, despersonalización y refuerzo de aislamiento entre otros.

Por otro lado, los adultos mayores manifiestan que estas conductas mayoritariamente son producidas por los hijos/as (9 casos) y cónyuges (8 casos), (ver anexo VI, gráfico N°13) en donde la frecuencia de estas acciones son muy frecuentes, es decir en más de 20 ocasiones los últimos doce meses, respuesta entregada por 13 de los adultos mayores maltratados, seguido por la categoría frecuente, en 4 casos (ver anexo VI, gráfico N°12).

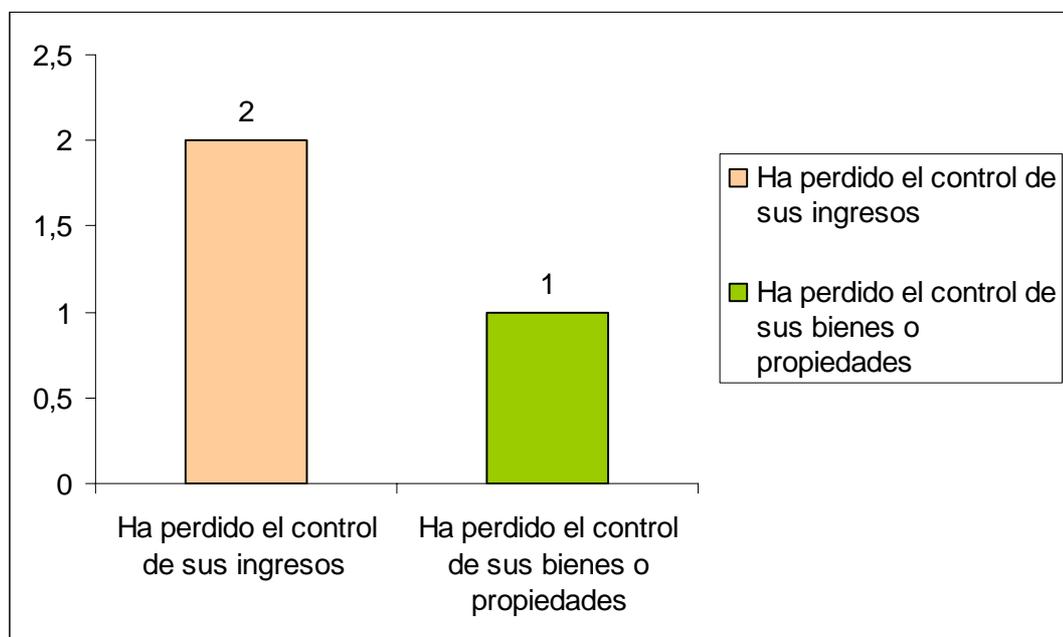
Es preciso recalcar, que un adulto mayor puede estar siendo maltratado por uno u otro agresor e incluso por ambos simultáneamente, lo mismo ocurre con los otros tipos de maltratos. Al igual que el maltrato físico, el maltrato psicológico, según ellos, está en conocimiento de otros familiares, vecinos y amigos cercanos.

El maltrato psicológico en el adulto mayor produce una serie de consecuencias, tales como la angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad y baja autoestima y/o agrede la identidad, dignidad y respeto del adulto mayor. También supone el confinamiento o cualquier otra interferencia en la libertad personal del adulto mayor, lo que se puede expresar a través de la negación en la toma de decisiones, encierro de la persona mayor y aislamiento social de amigos y familiares.

7.2.3 PATRIMONIAL O ECONÓMICO

El Código Civil Chileno sostiene que el patrimonio de una persona está constituido por todo aquello sobre lo cual se tiene dominio o posesión. Dominio constituye todo aquello sobre lo cual se es dueño en tanto es certificado así por un documento, mientras que la posesión estará constituida por aquellas cosas que si bien no están bajo su dominio están bajo su uso. (Código Civil, 2004:44-76)

Gráfico N°33
Maltrato patrimonial o económica



Fuente: investigación directa.

De acuerdo a los datos obtenidos de los adultos mayores en estudio, podemos señalar que tres entrevistados mencionaron ser objeto de maltrato patrimonial y económico. El maltrato patrimonial, se expresa a través de la pérdida del control de sus bienes o propiedades, en este caso de la casa-habitación (1 caso) y el

económico con la pérdida del control de sus ingresos (2 casos), ingresos que en su mayoría provienen, como ya hemos dicho de pensiones, montepíos y PASIS (ver anexo VI, gráfico N°7), los cuales se encuentran mayoritariamente entre el rango de 50.000 a 100.000 pesos. Ingresos que se hacen insuficientes, cuando son acompañados por una comorbilidad (multiplicidad de enfermedades) y familias extensas en situación de pobreza. Los adultos mayores maltratados reconocen saber en qué se utilizan sus ingresos, indicando que éstos son para la satisfacción de necesidades de todos los miembros de la familia, ya que éste es muchas veces el único ingreso fijo al interior del grupo familiar.

En relación al caso de la pérdida del control de la casa-habitación, el instrumento aplicado no buscó profundizar en las causas de esta pérdida, sino más bien conocer de la existencia de este tipo de maltrato y cómo éste se expresa. Existe registro de este tipo de maltrato en la Corporación de Asistencia Judicial, en donde se obtuvo un caso. En esta situación, el maltrato patrimonial se puede expresar en la apropiación indebida del bien destinado a satisfacer una necesidad básica de la persona mayor, quien al resistir la pérdida vive en constante tensión y estrés, agudizándose su situación de maltrato.

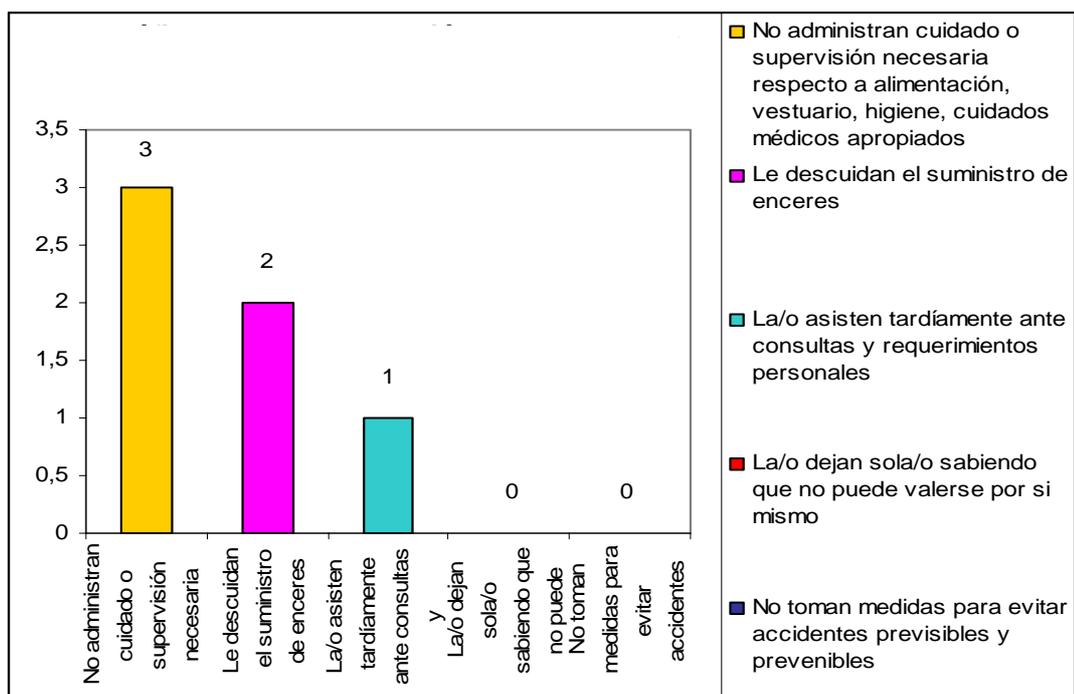
En ambos casos, la frecuencia de la agresión es más de 20 veces en los últimos doce meses (ver anexo VI, gráfico N°16), en donde quienes los agraden son los hijos/as, yernas y con quienes ellos viven, existiendo conocimiento de esta situación por otros familiares y vecinos de los adultos mayores (ver anexo VI, gráfico N°18).

El maltrato patrimonial, según definición, es el mal uso y/o explotación de los bienes de otra persona, en este caso de un adulto mayor por parte de terceros, sin consentimiento o con consentimiento viciado (son el error, fuerza y el dolo), fraude o estafa, engaño o robo de su dinero o patrimonio, a menudo esto supone la realización de actos ilegales, firma de documentos, donación y testamento. Es posible también que existiendo una relación de poder, una persona mayor permita que un tercero actúe en su nombre pese a la evidencia del perjuicio, entre los cuales se encuentran la apropiación de la jubilación o pensiones, como también de bienes muebles e inmuebles.

7.2.4 ABANDONO O NEGLIGENCIA

Gráfico N°34

Maltrato por abandono o negligencia



Fuente: investigación directa

Es preciso mencionar antes de realizar el análisis del maltrato por abandono y negligencia, que mayoritariamente este tipo de violencia se relaciona más frecuentemente con personas que se encuentran en situación de postrado y semivalente. En nuestro estudio, sin embargo, esta forma de maltrato se presenta con personas mayores autovalentes. El abandono y negligencia, se expresa por ejemplo al negarles la higiene, vestuario y administración de medicamentos y cuidados médicos.

En función de los datos obtenidos, tres casos indicaron ser objeto de negligencia o abandono. Estos adultos mayores, son personas autovalentes, esto quiere decir, que son capaces de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), pero no cuentan con recursos propios para la administración de cuidados o supervisión necesaria respecto a la alimentación, vestuario, higiene y cuidados médicos apropiados (ver gráfico N°34). Estas negligencias, plantean las entrevistadas han sido muy frecuentes y frecuentes los últimos doce meses. Los principales agresores son los cónyuges e hijos. Frente a esto podemos evidenciar negligencia activa, la que ocurre cuando el cuidador por negligencia o descuido deja de proveer a la persona mayor, los cuidados necesarios para mantener su condición, cuando por sí mismo no se es capaz de proveérselos. En estos casos puede ser considerado como un descuido intencionado y deliberado.

El abandono en estos adultos mayores maltratados, se produce cuando cualquier persona o institución no asume la responsabilidad que le corresponde en su cuidado, o que habiendo asumido el cuidado o custodia de un adulto mayor, lo desampara de manera voluntaria.

Como hemos estado reiterando en el análisis de los datos, los adultos mayores pueden ser objeto simultáneamente de más de un tipo de maltrato, un ejemplo claro de esto es el caso de una adulta mayor que siendo propietaria de su casa, durante todo el día asiste a un comedor diurno, el cual le entrega tres alimentaciones diarias y atención e incorporación en actividades recreativas, siendo víctima de maltrato por su hija con quien comparte el hogar. De acuerdo a esto podemos indicar que se evidencia maltrato patrimonial, negligencia y abandono al igual que maltrato psicológico que es un concepto más bien difuso que concreto.

CAPITULO VIII

OPINIÓN SOBRE LAS INTERVENCIONES SOCIALES RECIBIDAS

El presente capítulo tiene por objetivo, dar a conocer las opiniones de los adultos mayores maltratados en estudio, sobre el proceso de intervención social realizado en las instituciones en donde se pesquisó y/o recepcionó su situación de maltrato. De los 17 adultos mayores maltratados en estudio, 16 de ellos habían pasado por algún proceso de intervención social.

Un antecedente que se debe tener presente a la hora del análisis de la información proporcionada por los entrevistados (16 personas, una no quiso contestar este ítem), es que los entrevistados por la situación de maltrato del cual son o han sido víctimas, han vivenciado más de un proceso de intervención social, puesto que se han vinculado a más de una institución en busca de ayuda de su problema.

Para efecto de esta investigación, entenderemos por opinión; la idea, juicio o concepto que tienen los adultos mayores sobre alguien o algo, y por intervención social; “el conjunto de actividades realizadas de manera más o menos sistemáticas y organizadas, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado” (Ander-Egg, 1995: 209). Este conjunto de actividades tiene una secuencia que se inicia con la recepción y acogida del caso, continua con el tratamiento de lo diagnosticado para finalmente evaluar los resultados del proceso de intervención.

8.1 Proceso de recepción y acogida

Antes de comenzar, es necesario recordar que se entenderá por recepción o acogida a “aquellas modalidades de servicio y recursos sociales que tienen en común el hecho de que una persona afectada por algún problema, es recibido por un individuo”. (ibid: 250), modalidad de atención que puede incidir en la opinión que un individuo se hace de cierto servicio obtenido, en este caso los adultos mayores maltratados en estudio acerca de las siguientes instituciones de acogida:

- Corporación de asistencia judicial
- Carabineros de Chile
- Consultorios
- Municipio
- Juzgado

La opinión de los adultos mayores maltratados (**11 casos**), en relación a la recepción y acogida que han recibido de las instituciones, es favorable. Ellos manifiestan haber recibido un buen trato de quien los atendió otorgándole una evaluación favorable a su cometido.

Los adultos mayores rescatan la amabilidad de los funcionarios, su discreción ya que sabemos que este tema en particular, es muy sensible y de la primera acogida depende que la persona maltratada continúe un proceso de búsqueda de solución a su problemática.

Otro factor que mencionan y que fundamenta la calidad de favorable en este primer encuentro del adulto mayor, tiene que ver con el rapport y empatía que se genera con la persona que los recepciona, dichas opiniones las expresan en las siguientes declaraciones;

Respecto del Consultorio

“Me recibieron bien, me acogieron bien”.

“sí, sí muy bien, la amabilidad que tienen los niños súper amorosos, eh muy discretas, eh... no óptimas”

“primero me vio una y después la señorita Loreto”.

(Nelly, 65 años)

“bien, bien, amorosa, hasta ayuda me quiso dar la doctora, es jovencita, me dijo, nosotros la podemos ayudar si hay agresión, para que no le vaya a pasar algo. Muy bien, muy buena”.

(Marina, 75 años)

“me ayudó mucho, me sirven mucho muchos sus consejos, muy buena, porque la visitadora del Consultorio vino a visitarme a mi casa y ella me aconsejó, ha sido buena la atención”.

(Rosa, 64 años)

Otro aspecto que destacan, tiene que ver con la capacidad de escucha del personal que los ha recepcionado en dichas instituciones. Observan como positivo el que pudieron contar o relatar su situación sin mayor dificultad, como también el haber recibido una respuesta favorable, la que tiende a orientar y darle claridad de los pasos a seguir para dar solución a su problema.

Sin embargo, seis de las entrevistadas señalaron que la recepción o acogida que recibieron de las instituciones en estudio fue desfavorable, ellas mencionan no haber encontrado una respuesta oportuna en el momento que se acercaron a la institución.

Respecto del Municipio

***“nunca, nunca , nos han acogido.....
que tiene que ir aquí, que tengo que ir allá.....
Ay dije yo.....sabe que...
másdejemos hasta ahí no más”.***
(María Teresa, 73 años)

Otras señalan el no haberse sentidos escuchados, ni acompañados por el funcionario que lo atendió. Más bien declara una de las entrevistadas el sentirse ignorada frente a la situación que ella vive.

Consultorio

“estuve con un psicólogo, no me sentí acompañada, pero no me gustó el psicólogo del consultorio, era tan joven como el Carlo, era tan joven, justo yo le estaba contando mi vida, todo lo que he sufrido, todas las cuestiones, entonces él tomaba esa cosa, el celular se ponía hablar y a mi me ignoraba”. (Benigna, 63 años)

Por otro lado, otro aspecto que lleva a esta opinión desfavorable de la recepción tiene que ver con no haber encontrado una respuesta clara de solución y de pasos a seguir en su situación de maltrato.

Corporación de Asistencia Judicial

“no, no para empezar, pasé por cuatro abogados, a todos les tengo el nombre, me pateaban para todos lados, no tomaban en serio mí problema, nunca pensé tener solución”. (Amada, 82 años)

Esta situación, genera en los adultos mayores rechazo y resignación ante un problema que puede tener respuesta. Como también, puede frenar la iniciativa

de aquellos adultos mayores que se acercan a las instituciones en busca de ayuda a su problema.

No debemos olvidar, que muchos de los casos de maltrato en los adultos mayores no son denunciados por temor a represalias, y vergüenza al que dirán, por lo tanto el no entregar una recepción o acogida oportuna y adecuada cuando se ha pesquizado o recepcionado una situación de maltrato, puede significar el abandono de un proceso que pudiera dar solución a una problemática que daña la autoestima, autoimagen y autovaloración de sí mismo en los adultos mayores.

8.2 Proceso de tratamiento

Entenderemos por tratamiento, a todo “acto o proceso tendiente a solucionar los problemas del necesitado, mediante el cambio de sus actitudes y situaciones así como el uso de recursos que él, su grupo, comunidad poseen creando y estimulando intereses hacia un mejoramiento social”(ibid: 325).

El relación a este punto, los adultos mayores maltratados opinan que el tratamiento otorgado por las instituciones en estudio es favorable. Se rescata principalmente el tratamiento Psicológico como una herramienta de solución ante su deteriorada autoestima y autoimagen producto de su situación de maltrato. El cambio de actitud frente a esta situación, es una determinante que hace que estas personas puedan enfrentar su problema con mayor seguridad. El reconocer y asumir la situación de maltrato del que son o han sido víctimas, les permite hacer frente a su realidad, como también visibilizar sin mayor temor o vergüenza su situación ante su entorno o medio más cercano.

En el Consultorio

“me atendió, me fue bien, me ayudó en muchas cosas, salí más relajada, todo lo que hablamos entre las dos....., como que yo sentía algo como a nadie se lo podía contar, esas cosas como ella, yo me desahogué con ella, le iba contando”. (Clorinda, 61 años)

Otro aspecto importante que rescatan los adultos mayores, en relación al tratamiento obtenido en las instituciones, es que se caracteriza por: conversar su problemática, sentirse escuchados y aconsejados por el profesional, quién les hace ver que su situación puede cambiar, que el recibir agresiones no es culpa de ellos o algo que tienen que soportar toda su vida, sino que puede haber una salida frente a su situación. Señalan, que la utilización de fármacos acompañado de un tratamiento psicológico son un complemento que permite enfrentar la problemática.

En algunos casos, el tratamiento consistió en integrarse a grupos de autoayuda, en donde la dinámica del tratamiento, es el compartir experiencia, aprender de los otros, para así enfrentar de mejor manera su problema de maltrato. Frente a esta modalidad, las personas sienten que no son los únicos que están o estaban viviendo esta situación de maltrato y que existen otros casos y personas que se encuentran en igual o peor situación. Estos grupos de autoayuda permiten a los miembros del grupo adquirir un mayor conocimiento y comprensión de sí mismos y de sus problemas.

“ellas me aconsejaron, pude decir hasta aquí no más llegó esta situación de malos tratos....., el tratamiento fue muy bueno, porque ellos compartieron conmigo su experiencia y me ayudó a tomar la decisión....., tomé la decisión”. (Rosa, 64 años)

El grupo es un medio de educación en el cual el encuentro con otras personas va animando a cada individuo a visualizarse, reflejarse en el contexto al cual pertenece, con sus alegrías, dolores, proyectos y esperanzas.

El grupo de autoayuda permite obtener el logro de un nivel de seguridad (vivir en equilibrio con la inseguridad), además permite el control de la dinámica de la culpa (el grupo permite controlar la ansiedad de cada una y poder mirar la vida con mayor optimismo). (Prada, et al, 1995)

También debemos mencionar que hubo opiniones desfavorables en relación al proceso de tratamiento entregado por las instituciones en estudio, como por ejemplo el siguiente.

En el Juzgado

***“cuando fue el segundo comparendo, la Actuaría me dijo que no podía hacer nada, ya que ella (agresor) no quería comparecer y, además me dijo mijita linda yo no la puedo sacar de la casa.....
yo quería que la sacaran de la casa, yo estaba en peligro, yo decía de repente me puede hasta matar, porque esta demasiado nerviosa...
yo quería que se fuera de la casa, entonces me dijo no, no se puede sacar, no se puede tirar a la calle
entonces dije yo tengo que aguantar que ella de repente me mate ...me tiró un macetero con una planta, si yo no le hago el quite, me parte la cabeza...”. (Margarita, 70 años)***

En relación a este caso, se puede decir que hay frustración por no haber tenido una respuesta favorable a su petición. Ello pudiera influir en que este adulto mayor se resigne ante su situación de maltrato y asuma una actitud de pasividad y no buscando soluciones y respuestas en otras instituciones.

Otro factor que influye en las opiniones desfavorables recogidas, están relacionada con el tiempo de espera para recibir el tratamiento en algunas instituciones. Un adulto mayor en situación de maltrato esta en constante riesgo, por lo tanto, la demora en su atención puede provocar que ellos desistan en su intento de denuncia y tratamiento por temor por ejemplo.

Consultorio

“la tramitan mucho, y no volví nunca más.

yo usted le di tareas, las hizo....claro que las hice tres, dos, uno, avión, casa..¿como encontró usted ese tratamiento? sabe señorita, yo creo que estoy más cuerda que usted misma....No volví.

Me atienden como no se.....como que estaba loca, pero la memoria no la he perdido, como que la humillan, una humillación que hacen de uno.....”

(María Teresa, 73 años)

también hubo opiniones de aceptación del tratamiento pero con reparos, esto se refiere a que a pesar de recibir un tratamiento por parte de la institución, la persona tratada no quedó conforme, de cómo se llevó a cabo su tratamiento.

Corporación de Asistencia Judicial

“bien, pero duró como cuatro años la causa....se demoraron mucho, ni a un delincuente se demoran tanto para declararlo culpable....era muy lento, mal atendido por lo abogados...se demoraron mucho en pasarlo al juzgado o los tribunales, quieren que uno se arregle a la buena que no pueden más, pero eso nunca va a pasar cuando hay rencores y peleas en las casas”. (Amada, 82 años)

En este caso, observamos que si bien el adulto mayor obtuvo solución a su situación de maltrato, la lentitud del proceso le generaba dificultades, ya que al igual que otras víctimas de maltrato convivía con el agresor/a.

En general, la mayoría de los procesos judiciales de violencia intrafamiliar tramitados bajo la Ley de Violencia Intrafamiliar N° 19.325 tienen un tiempo largo de duración, situación que se pretende mejorar con la nueva Ley de Violencia Intrafamiliar N° 20.066 y los nuevos Tribunales de Familia, los cuales fijan plazos mínimos para resolver las diferentes causas.

8.3 Resultado del proceso

Se entenderá, como aquellos aspectos obtenidos luego de una intervención, ya sea, para dar solución al problema vivido, desde una perspectiva positiva, como aquellas que mantienen o no modifican la situación problema. Aspectos, que fueron observados mediante el análisis e interpretación de la opinión de los adultos mayores maltratados en estudio.

En líneas generales, podemos decir que la opinión de los adultos mayores maltratados en relación a los resultados obtenidos del proceso de intervención de las instituciones es favorable en su mayoría.

Consultorio

“bueno, muy bueno, más que conocí gente, otras personas, algunas tenían peores problemas que yo....ahora, veo las cosas más tranquila con más indiferencia ya no soy una persona que habla tanto”.

(Nelly, 65 años)

***“ los resultados hacen que me mantenga bien, mi salud, atención, controles, muy bien, me han atendido súper bien, doy gracias a Dios por la atención...”.* (Victoria, 66 años)**

***“hubieron resultados, porque yo me saqué el karma de la cabeza, que para mí yo no valía, la institución me apoyó, en ninguna oficina me cerraron las puertas.”* (Rosa, 64 años)**

Al analizar estas opiniones, podemos concluir que los adultos mayores maltratados luego de pasar por una favorable intervención social pueden dar respuestas a sus problemas enfrentando su situación con mayor tranquilidad. Uno de los objetivos es que vean su situación con más claridad y sean ellos quienes evidencien cambios en su vida personal y familiar. Los resultados tienen que ver entonces con una mejor autoestima, salud, con logros económicos y materiales dependiendo del tipo de maltrato vivido.

Aquellos resultados que son favorables, les permite a los adultos mayores proyectarse en un futuro distinto al vivido, mejorar y ampliar sus relaciones sociales y con el entorno, como también emprender nuevos desafíos, que favorecieran su calidad de vida.

En algunos casos, se evidenció que obtuvieron resultados favorables a su problema, no obstante por la existencia de una dependencia emocional y afectiva, con él o los agresores no se hizo efectivo la resolución de cambio de sus condiciones. Suponemos, por lo tanto, que en la actualidad siguen viviendo la misma situación que cuando se pesquisó o denunció su situación de maltrato.

“ no po`h si no llegué a finalizarlo, lo postergué antes de terminarlo, ya que como estaba mejorando, como ya estaba mejor la relación..... una muchas veces tiene que comerse muchos huesos por los nietos, es esencial la familia, la sangre de uno es muy valiosa”.
(Juana, 70 años)

Claramente podemos observar, que la relación de dependencia afectiva/emocional de la víctima con el agresor y con aquellos que evidencian la situación de maltrato, es un factor determinante a la hora de asumir una actitud frente a la obtención de un resultado.

En ocasiones se han logrados resultados que permitirían a los adultos mayores maltratados terminar con la situación de violencia que están o han vivido por

tiempo, muchos de estos resultados se han dejado de lado, una de las razones más importante que destacan los adultos mayores es la familia, entendida culturalmente como núcleo de la sociedad.

Desde pequeños se nos inculca que la familia es aquel reducto en donde todas las situaciones o hechos que se suceden se resuelven, en donde todos sus miembros cumplen la función de mantener el equilibrio familiar, por lo tanto cualquier conflicto que en ella se origine todos debemos apoyarnos. Por consiguiente, estas formas de concebir la familia unidas a las funciones que esta cumple, han llevado a que muchos resultados no se concreten o sean omitidos.

Debemos tener presente, que en nuestro estudio los maltratados son adultos mayores, quienes en general reciben malos tratos de sus hijos o hijas, nietos o nietas o cónyuges, por lo tanto el nexo de dependencia afectivo/emocional hacia ellos es una línea difícil de negar y por lo mismo más fuerte su vulnerabilidad.

CONCLUSIONES

Antes de comenzar con las conclusiones, consideramos preciso destacar ciertos aspectos que surgieron durante el estudio y que es preciso señalar para una mayor claridad de esta última parte del informe.

Es importante señalar que los adultos mayores que formaron parte del estudio, se refirieron al tema de su maltrato en forma espontánea y libre, ya que durante la aplicación de la entrevista no se los presiono a hablar de esta situación. Nuestra conducta se debió a mantener una actitud de respeto a las personas y su privacidad, ya que uno de los valores éticos de nuestra profesión es la autodeterminación de las personas. Además, se les aseguró a cada una de las entrevistadas la confidencialidad de la información entregada.

Por otro lado, este estudio no busca medir prevalencia de la situación de maltrato de la cual son víctimas las personas mayores, sino, busca caracterizar cómo se manifiesta el maltrato en los adultos mayores en estudio, como también conocer su opinión en relación a intervenciones obtenidas en algunas instituciones. Por las características de la investigación no es posible proyectarla al total de la población adulta mayor, pero si queremos dejar presente que ella nos entrega antecedentes y datos relevantes, especialmente para las instituciones que trabajan con esta difícil situación, de tal manera de poder mejorar su intervención. También nos entregó luces respecto de que otros aspectos pueden ser estudiados en futuras investigaciones.

A continuación se mencionaran los resultados más relevantes de la investigación y algunas conclusiones, con las que buscamos dar respuestas a nuestras preguntas y objetivos de investigación.

De acuerdo a la realidad socioeconómica del adulto mayor maltratado de la comuna de Pudahuel, podemos indicar que en general los adultos mayores de la investigación se caracterizaron por ser mayoritariamente mujeres, con un nivel de funcionalidad autovalentes, que se encuentran predominantemente en el rango de edad de 60 a 64 años.

Un número considerable de ellas aún viven con sus parejas o cónyuges, sus ingresos son bajos, fluctúan entre 50.000 y 100.000 pesos, los cuales provienen de pensiones de vejez, viudez o PASIS. Aún así este ingreso es en la mayoría de los casos el único ingreso fijo dentro la familia. Ellas son jefas de hogar, propietarias de sus casas, en donde viven con 3 o más personas, quienes en su mayoría son familiares, por lo tanto estamos en presencia de hogares de familias extensas.

Otro aspecto relevante que consideramos debe destacarse, tiene que ver con la feminización de la adultez mayor, la que no solo se observa en la población general, la cual se caracteriza por el aumento considerable de mujeres en relación a los hombres y en donde algunas de las explicaciones que busca dar respuesta a esta situación tiene que ver con el aumento de la esperanza de vida, en donde queda de manifiesto que las mujeres tienen una sobrevivencia mayor a los hombres. Esta realidad también se observa en las personas mayores que sufren de maltrato, nuestro estudio contó con un número de 17 personas, que han sufrido o están vivenciando una situación de maltrato, de las cuales 16 eran mujeres. Cabe reconocer que no existió de parte de las investigadoras una predisposición de género en la obtención de los casos de estudio, ya que para nosotras la investigación se fundamenta en recoger la opinión de los adultos mayores maltratados, fueran estos hombres o mujeres. Sin embargo, los aspectos culturales propios de nuestra población tuvieron su espacio en este estudio. Nos referimos a que realizar una denuncia o buscar ayuda es difícil, tanto para hombres y mujeres, pero social y culturalmente

formamos parte de una sociedad machista, en donde a los hombres les cuesta asumir y enfrentar situaciones que los hagan ver en desmedro, pero si son víctimas de violencia, les costará más asumir una conducta de solicitud de apoyo. Por otro lado, las cifras también indican que son más las mujeres, especialmente las mayores de 70 años las que son objeto de maltrato.

Como hemos señalado a lo largo del estudio el maltrato es un acto de violencia, abuso u agresión dirigido a personas mayores, ya sea física, psíquica, patrimonial, económica, social etc. Esta acción agresiva que afecta a adultos mayores puede manifestarse por múltiples causas.

Las causas que pueden explicar el maltrato en los adultos mayores puede tener una infinidad de razones, tales como vimos en el marco teórico de esta investigación: el estrés del cuidador, el aislamiento social, la falta de apoyo o redes, la violencia intergeneracional, como también por los prejuicios o mitos existentes en la sociedad y que forman parte del pensamiento común de las personas y que nos llevan muchas veces a tener una visión errada de esta etapa de la vida. Atribuirle por consiguiente a una sola causa explicativa es erróneo, por el contrario, nos damos cuenta que hay dinamismo en la situación. Es por ello que es necesario considerar todos aquellos factores incidentes. El maltrato entonces hay que comprenderlo en un contexto, familiar y/o institucional, no como una situación aislada, en donde solo interfiere la víctima y el victimario, sino que existen una serie de causales que lo gatillan. Si somos capaces de detectar estas causas, estamos realizando un gran paso, que posibilite realizar una intervención integral que apunte justamente a todos aquellos aspectos desencadenantes.

El maltrato entonces se da en un contexto, generalmente en la intimidad del hogar, es decir, en un espacio en donde los vínculos familiares son cercanos y estrechos, en donde la relación de dependencia emocional y afectiva de los

adultos mayores con sus familias es importante. Por consiguiente, estos actos agresivos, suelen ocultarse, razón por la cual no son fáciles de detectar y en la gran mayoría de los casos ni siquiera se denuncian, lo que nos obliga a estar alerta frente a posibles situaciones de esta naturaleza.

En relación al tipo de maltrato experimentado por los adultos mayores en estudio, podemos decir, que el maltrato psicológico es el más frecuente, pero lo más común es que existen combinaciones de maltrato en donde se destaca de acuerdo a los resultados obtenidos, el maltrato físico-psicológico, el cual presenta un mayor número de casos y en menor frecuencia la presencia de tres o más tipos de maltrato simultáneamente (físico, psicológico y patrimonial).

Cabe concluir también, que si bien hay ciertas características comunes respecto del maltrato experimentado por los adultos mayores este tiene sus propias características, frecuencia y modalidades. El factor común está dado por la reiteración de los sucesos violentos, los que traen consigo fuertes consecuencias en los adultos mayores, sin embargo cuanto daño se produce en el ámbito emocional, como daña la autoestima y cuanto de desvalorización de sí mismos se produce en cada persona, es un aspecto que hay que saber diagnosticar con precisión para poder indicar un adecuado tratamiento y acompañamiento.

Como ya está referido en otros estudios, respecto a los agresores y victimarios de los adultos mayores, la investigación nos lleva a concluir que las hijas/os, cónyuges y nueras/os son los principales agresores, que son las personas con quienes ellos viven. Esto facilita de alguna manera la frecuencia y ocurrencia de los episodios de maltrato y el silencio de los maltratados.

La dependencia emocional, la vergüenza, el miedo, la desinformación y la falta de recursos económicos de los adultos mayores, se presentan como los principales motivos por los cuales los adultos mayores de la investigación no denuncian o no buscan ayuda para enfrentar su situación de maltrato.

Por otro lado, la escasa denuncia sobre esta situación de malos tratos, es un tema que nos parece necesario relevar. Creemos que hay muchos factores involucrados en este problema, pero uno de los más importantes en nuestra opinión es de carácter psicosociocultural. Pues se trata del tema con temores, indiferencia. Y lo que nosotras queremos rescatar es el tema de la responsabilidad social para con este grupo etéreo, tanto como un reconocimiento por su edad como por su vulnerabilidad social.

En este sentido, el tema de la decisión de la denuncia, presenta muchas complejidades y no solo pasa por la decisión de los adultos mayores maltratados, ni los testigos de esta situación, sino también y fundamentalmente por instituciones que pesquisan situaciones de maltrato. Los centros de salud, tienen un rol importante en este campo.

Los centros de salud, los servicios legales, carabineros, parroquias o iglesias y profesionales del área de la salud mental, son a quienes generalmente las personas mayores recurren cuando se ven enfrentados a una situación de maltrato, acudiendo muchas veces a más de una de estas instituciones y en más de una oportunidad. Si bien, la opinión que los adultos mayores tienen en relación a los procesos vividos en estas instituciones se caracterizan por ser favorables (procesos de recepción y acogida, tratamiento y de resultados), es muy frecuente que éstas no den respuestas de fondo a su situación de malos tratos. Las explicaciones al respecto están relacionadas con la complejidad de la situación, pero también a factores técnico profesionales que pueden ser

optimizados. Así por ejemplo observamos que no existe un protocolo de atención común y coordinado entre las diversas instituciones, que permita que los casos de maltrato a personas mayores sigan un procedimiento integral.

Si bien las instituciones abordan la problemática en forma independiente, el dar respuesta y una adecuada intervención depende en gran medida de la voluntad, conocimiento y sensibilidad que los equipos profesionales tengan ante el tema.

La opinión favorable o desfavorable que tienen los adultos mayores frente a las instituciones que acuden para dar respuesta a su situación de maltrato, se encuentra mayoritariamente condicionada por el primer encuentro, la acogida y rapport que se haya producido entre la persona que busca la ayuda y el funcionario o profesional que lo atiende. Si este fue positivo, continuará el proceso, si sucede lo contrario muchas veces el solicitante desistirá y no verá otra alternativa, sus expectativas se verán frustradas.

El tiempo transcurrido durante el proceso de acogida, tratamiento y resultado indistintamente, también es un condicionante a la hora de emitir una opinión favorable o desfavorable respecto de la atención recibida, un ejemplo es lo que muchas veces sucede con los procesos judiciales, en donde la burocracia, lleva a que adultos mayores u otros grupos afectados por violencia intrafamiliar desistan de sus denuncias, continuando entonces con la invisibilización de esta problemática.

Con esto hemos buscado dar a conocer una realidad que afecta a un grupo de personas que día a día aumenta en nuestra población, el maltrato es una de las tantas problemáticas que afectan a los adultos mayores, el abordarla es responsabilidad de todos. No podemos negarnos ante la presencia de esta dificultad, ni hacernos los ciegos frente a una población que crece en número y se ve expuesta, dada su fragilidad, a malos tratos. Lo que nosotras buscamos

con este estudio, es visibilizar un tema que afecta a un grupo vulnerable de nuestra población, y que aunque tenemos claro que el mismo por el tamaño del universo de estudio no es representativo del total de la población adulta mayor maltratada, consideramos que puede ser, una antesala para futuras investigaciones, que pudiesen tener una mayor cobertura y aportar con algunas sugerencias para una mejor intervención.

Hallazgos de la investigación

- El único ingreso fijo de los hogares de los adultos mayores maltratados del estudio provienen de sus pensiones de vejez, viudez o PASIS.
- La feminización de la adultez mayor no solamente se observa en la población en general, sino también se ve reflejado en el estudio, en donde se tiene más conocimiento de mujeres maltratadas que hombres, a los cuales les cuesta más denunciar y solicitar apoyo.
- La situación de maltrato hacia los adultos mayores, no se debe atribuir o circunscribir a una sola causa explicativa.
- La detección de la situación de maltrato hacia los adultos mayores se hace difícil, debido a la dependencia económica y emocional de ellos con sus agresores, quienes en su mayoría son sus familiares directos.
- Los adultos mayores maltratados presentan más de un tipo de maltrato, siendo el maltrato psicológico el que prevalece en forma constante en las diversas combinaciones.

- No se observa que exista un protocolo de atención común entre las distintas instituciones que pesquisan y reciben situaciones de maltrato hacia los adultos mayores.

- El dar respuesta a las situaciones de maltrato hacia los adultos mayores en las diversas instituciones, está determinado en gran medida por la voluntad, el conocimiento y la sensibilidad que éstas tengan y el equipo profesional que atienda esta problemática.

- El primer encuentro y report que se haya producido con la persona que busca ayuda y el profesional que lo atiende, es determinante para que exista un proceso e intervención frente a la situación de maltrato. Otro aspecto determinante, está dado por la duración del proceso e intervención.

REFLEXIONES PARA EL TRABAJO SOCIAL

El Trabajo Social como profesión, busca alcanzar como una de sus metas, mejorar la calidad de vida de las personas, por medio de la intervención social, que no sólo esta dirigida aquellos que son más vulnerables, sino, al conjunto de la sociedad. Tiene una función integrativa y una moral que pone a la persona como centro de su atención, por lo tanto se preocupa de las necesidades básicas humanas, desarrollar las potencialidades y habilidades que le permita enfrentar su situación, todo esto dentro de un contexto de respeto y autonomía. Al tener presente estas consideraciones éticas de nuestra profesión, nosotras hemos llegado a la siguiente reflexión y consideración como Trabajadoras Sociales:

- Dado que hoy en día hay un acelerado proceso de envejecimiento, ésto nos hace poner atención en las problemáticas que sufren los adultos mayores, en especial en el tema del maltrato, ya que es un factor que deteriora aceleradamente su calidad de vida, perjudicando la imagen que tienen de sí mismos y en muchos casos su autonomía y autovalencia.
- El maltrato en la vejez, se puede expresar en una prolongada desatención de las necesidades y una permanente vulneración y violación de los derechos humanos de las personas. Esta situación de maltrato daña física, emocional y espiritualmente a los adultos mayores.

Ahora bien, el Trabajo Social es una profesión que no esta reducida para su ejercicio en un solo ámbito, por lo tanto, desde donde los profesionales se encuentren insertos, pueden hacer importantes aportes para enfrentar esta problemática:

Un primer ámbito tiene que ver con el académico, en el área de la investigación, así es como a lo largo de la tesis hemos indicado la falta de estudios que aborden esta problemática que existe, pero por lo complejo que es abordarlo, pocos se atreven a tocarlo. La complejidad se presenta, ya sea en la obtención de los casos de maltrato, por falta de registros, como también en el material bibliográfico y teórico que es escaso, lo que tenemos en su gran mayoría son estudios de otros países. Debemos tener claro que el maltrato hacia el adulto mayor es una realidad también presente en nuestra sociedad. El realizar estudios sobre esta problemática arrojaría mayores antecedentes, los que permitirían diseñar y crear acciones que enfrenten esta problemática de un modo más integral.

Como profesión con experiencia en terreno, es decir trabajo de campo, puede ser un gran aporte, ya sea para la planificación y coordinación de acciones, que van dirigidas a este grupo etéreo. Además, de diseñar a través de un trabajo Interdisciplinario un protocolo de atención, que responda a las reales necesidades que presenta la problemática del maltrato en el adulto mayor.

También nuestro accionar puede enfocarse a la creación de redes locales, en donde el trabajo social como disciplina debiera crear mecanismos de contacto intersectorial, y así generar una red de trabajo interdisciplinario que aborde las diversas temáticas que tienen relación con la situación de maltrato hacia el adulto mayor, sean éstas: capacitaciones, abordaje de la situación problema en las diversas instituciones que conforman la red, etc. Lo importante de la red son los resultados que se pueden obtener de la discusión que se crea en ella, ya que serían posibles lineamientos de acción que pueden ir en favor de los adultos mayores maltratados. Además de la potenciación del trabajo que se obtiene con el trabajo articulado.

Continuando con la perspectiva comunitaria, desde el área de la promoción, el Trabajador Social puede desarrollar un trabajo con un propósito educativo, de sensibilización y concientización frente al tema, ya sea en función del reconocimiento y existencia de la problemática, creación de monitores, etc., el cual no sólo debiera ir dirigido a los adultos mayores, sino, a los diversos grupos etéreos como una forma de responsabilidad social frente a este grupo etéreo. Viéndose esta intervención, como una metodología que inserte la problemática en la comunidad, y así el maltrato deje de ser un tema invisible.

Por otro lado, el trabajar desde el área de la promoción con los adultos mayores, ya sea en las organizaciones de base o en instituciones sean públicas u Organizaciones no Gubernamentales, les entregaría herramientas y elementos, que les permitiera reconocer cuando están frente a factores de riesgos, como también a actuar frente a éstos.

En la Intervención de casos, en donde existe una relación cara a cara con los usuarios, los Trabajadores Sociales frente a una situación de maltrato debe como primera acción realizar un diagnóstico claro y preciso, el cual debiera permitirle evaluar los casos y así elaborar planes precisos para atender en forma adecuada a los adultos mayores maltratados, además de realizar una supervisión y seguimiento de estos casos. Es preciso señalar, que muchas veces, nos encontraremos con situaciones de bastante riesgo para el adulto mayor, lo importante además en esta situación es que no debemos sobrepasar las decisiones de los adultos mayores, como también velar por el cumplimiento de sus derechos. Este tipo de intervención es quizás la línea más directa con el maltrato.

A través de esta reflexión, hemos querido indicar que nuestra accionar como profesionales de Trabajo Social, independientemente donde estemos situados,

puede ser un gran aporte a la prevención de la situación de maltrato en nuestra sociedad.

La dedicación ante esta problemática, significa poner al servicio de las personas mayores todas nuestra competencias, para dar así una adecuada atención, en donde debemos controlar nuestras emociones o sentimientos, dejando de lado nuestros prejuicios, ni creando falsas expectativas.

Debemos tener presente que día a día la sociedad chilena se envejece, y el maltrato es una de las tantas problemáticas que afectan a este grupo etéreo, por consiguiente, todo aquello que realicemos debiera ir dirigido a la creación de una cultura de “buen trato” hacia todas las personas y en especial hacia las personas mayores. Esta cultura implica un cambio en la visión que hasta el momento la sociedad tiene de los adultos mayores, debemos tener presente que son agentes activos de nuestra sociedad, que pueden aportar y enriquecernos con sus experiencias. En este sentido, la tarea es de todos, incluso de los adultos mayores.

“Prevenir la ocurrencia del maltrato al adulto mayor es una responsabilidad ética que ninguno de nosotros puede eludir”

BIBLIOGRAFÍA

- Ander-Egg, Ezequiel; (1995): **DICCIONARIO DE TRABAJO SOCIAL**, editorial Lumen, Buenos Aires, Argentina.
- CELADE; (2000): **BOLETÍN DEMOGRÁFICO, Nº62**, Santiago de Chile.
- CELADE; (2000-2001): **ESTIMACIÓN Y PROYECCIONES OFICIALES SOBRE ENVEJECIMIENTO**, Santiago de Chile.
- CELADE/CEPAL; (2003): **ACTION ON ELDER ABUSE, 1995, INPEA L.A. 2003**, Santiago de Chile.
- CEPAL; (2000): **PANORAMA SOCIAL DE AMÉRICA LATINA 1999-2000**, Santiago de Chile.
- CEPAL; (2002): **TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA**, Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE; (2003): **LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES**, capítulo V; Maltrato e imagen social de la vejez en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- CEPAL/ECLAC, Fabiola del Popolo; (2001): **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS DE LAS PERSONAS DE EDAD EN AMÉRICA LATINA**, Santiago de Chile.

Código Civil de la Republica de Chile; (2004):	TÍTULO II Y VII LIBRO II , undécima edición, edición oficial, Editorial Jurídica, Santiago de Chile.
Código Penal de la Republica de Chile; (2004):	ART. Nº352, PÁRRAFO 2 TÍTULO VII , Editorial Jurídica, Santiago de Chile.
Congreso Nacional; (2005):	LEY DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Nº20.066 , Valparaíso, Chile.
Consejo Nacional Para la Superación de la Pobreza; (1996):	LA POBREZA EN CHILE: UN DESAFIO DE EQUIDAD E INTEGRIDAD SOCIAL , Santiago de Chile.
Comité Nacional Para el Adulto Mayor, Gobierno de Chile; (2002):	PLAN DE ACCION MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, MADRID 2002 , Santiago de Chile.
Comité Nacional Para el Adulto Mayor, Gobierno de Chile; (1996):	POLÍTICA NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR , Santiago de Chile.
Declaración de Almería; (1995):	PRIMERA CONFERENCIA NACIONAL DEL ANCIANO MALTRATADO , España.
Diario Oficial de la Republica de Chile; (1994):	CREA LEY DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Nº19.325 , Santiago de Chile.
Diario Oficial de la Republica de Chile; (1996):	CREA EL COMITÉ PARA EL ADULTO MAYOR , Santiago de Chile.

Diario Oficial de la Republica de Chile; (2002):

CREA EL SERVICIO NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR, LEY Nº19.828, Santiago de Chile.

Grosman, Cecilia; Mestermn, Silvia; Adamo, María; (1992):

VIOLENCIA EN LA FAMIIA, Buenos Aires, Argentina.

Hernández, Roberto; Fernández, Carlos y batista, Pilar; (1991):

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, Mc Graw Hill, México.

INE, Instituto Nacional de Estadística, Gobierno de Chile; (1992):

CENSO 1992, Santiago de Chile.

INE, Instituto Nacional de Estadística, Gobierno de Chile; (2002):

CENSO 2002, Santiago de Chile.

INTA; Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile; (2001):

DIPLOMADO EN GERIATRÍA Y GERONTOOGÍA, Santiago de Chile.

Kornfeld, Rosita, Orellana, Verónica, Marín, Pedro Pablo; (2004):

EL BUEN ENVEJECIMIENTO, GERONTOLOGÍA, Diplomado en Gerontología a Distancia, Santiago de Chile.

MIDEPLAN, Gobierno de Chile; (2000):

CASEN, 2000, RESULTADO DE LA ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA NACIONAL, Santiago de Chile.

- MIDEPLAN, Gobierno de Chile; (2000): **RESULTADO DE LA VII ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA NACIONAL**, documento 12 situación de los adultos mayores, Santiago de Chile.
- MIDEPLAN, Gobierno de Chile; (2003): **CASEN 2003, RESULTADO DE LA ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA NACIONAL**, Santiago de Chile.
- MIDEPLAN, Gobierno de Chile; (2003): **CASEN 2003, PRINCIPALES RESULTADOS SITUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES**, Santiago de Chile.
- MINSAL, Gobierno de Chile; (2003): **EFAM-CHILE, EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR**, Santiago de Chile.
- MINSAL, Gobierno de Chile; (2003): **INFORME DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**, Santiago de Chile.
- Miranda, Pablo; (2000-2001): **DOCUMENTO DE TRABAJO**, Santiago de Chile.
- Neumann I.; (1997): **EL CONCEPTO DE ABUSO Y MALTRATO EN LA VEJEZ TESIS DE GRADO DIPOMADO EN GERATRÍA Y GERONTOLOGÍA, ESCUELA DE GRADUADOS UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**, Chile.

OMS, Organización Mundial de la salud; (2002):

INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD, capítulo V, El maltrato de las personas mayores.

ONU, Doc. A/810.; (1948):

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS.

Opazo, Juana, Comité Nacional Para el Adulto Mayor, Gobierno de Chile; (2001);

MANUAL PARA EL AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES, Segunda edición, Santiago de Chile.

Prada Ramírez, José Rafael; (1995):

SICOLOGIA DE GRUPO, editorial San Pablo, Santiago de Chile.

Pérez Rojo, Gema; (2004):

DIFICULDADES PARA DEFINIR EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES, Madrid, España.

Pérez, Gloria; (1998):

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: RETOS E INTERROGANTES, Madrid, España.

PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; (2000):

INFORME DE DESARROLLO HUMANO, Naciones Unidas.

Quiroz P. y Cols; (1999):

CARACTERÍSTICAS Y FRECUENCIA DEL MALTRATO EN DOS REGIONES DE CHILE, SEXTO CONGRESO INTERNACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, Chile.

República De Chile; (2005):

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE CHILE, Santiago de Chile.

Russell-Avalos, Jenny; (1999):

MALTRATO EN LA VEJEZ, ORIENTACIONES GENERALES PARA SU INVESTIGACIÓN Y UN ESTUDIO LOCAL EXPLORATORIO, Centro de Capacitación CEC. Santiago de Chile.

Russell-Avalos, Jenny; (2003):

MALTRATO HACIA EL ADULTO MAYOR EN CHILE, ANTECEDENTES Y PROPUESTA PARA SU TRATAMIENTO LEGAL, Santiago de Chile.

Sánchez del Corral, Usaola F., Ruipérez Cantera, I.; (2004)

VIOLENCIA EN EL ANCIANO, Madrid España

SENAMA, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Gobierno de Chile; (2003):

CATASTRO NACIONAL DE ORGANIZACIONES SOCIALES DE ADUTOS MAYORES, (Redes Comunes), Santiago de Chile.

SENAMA, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Gobierno de Chile; (2004):

POLÍTICA NCIONAL PARA EL ADULTO MAYOR, Santiago de Chile.

SENAMA, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Gobierno de Chile; (2003):

MÓDULO DE CAPACITACIÓN PARA FUNCIONARIOS PÚBLICOS, “ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y GERONTOLOGÍA BÁSICA”, Santiago de Chile.

SENAMA, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Gobierno de Chile; (2003):

MITOS SOBRE LA VEJEZ: MANUAL PARA TALLERES, Santiago de Chile.

Tarupil Núñez, Rosa; (2002):

ADULTO MAYOR Y DESARROLLO LOCAL, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Tesis para optar al título de Asistente Social, Santiago de Chile.

Taylor S.J., Bogdan R.; (1996):

INTRODUCCIÓN A LOS MÉTODOS CUALITATIVOS DE INVESTIGACIÓN, Barcelona, España.

Zapata, Hernán; (1999);

ADULTO MAYOR Y POBREZA, Departamento de Desarrollo Institucional, FOSIS. Santiago de Chile.

www.bcn.cl
www.diccionario.com
www.insersomayor.csic.es
www.mail.upt.ede.pe/
www.monografias.com

ANEXOS

ANEXO I

LEGISLACIÓN CHILENA ANTE LA VIF

LEY N° 19.325.

Establece normas sobre procedimiento y sanciones relativos a los actos de violencia intrafamiliar.

(Publicada en el "Diario Oficial" N° 34.951, del 27 de Agosto de 1994)

Teniendo presente que el Honorable Congreso Nacional ha dado su aprobación al siguiente

PROYECTO DE LEY:

TITULO I

De la violencia intrafamiliar

Artículo 1°.- Se entenderá por acto de violencia intrafamiliar, todo maltrato que afecte la salud física o psíquica de quien, aún siendo mayor de edad, tenga respecto del ofensor la calidad de ascendiente, cónyuge o conviviente o, siendo menor de edad o discapacitado, tenga a su respecto la calidad de descendiente, adoptado, pupilo, colateral consanguíneo hasta el cuarto grado

inclusive, o esté bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar que vive bajo un mismo techo.

El que incurra en estos actos, aun cuando no conviva con el grupo familiar, será sancionado en la forma que establece el artículo 4° de esta ley. Se comprenden dentro de estos actos y se regirán por las normas de esta ley, las faltas contempladas en los números 4° y 5° del artículo 494 del Código Penal, si se reúne cualquiera de los elementos señalados en el inciso precedente.

TITULO II

De la competencia y del procedimiento

Artículo 2° Los conflictos a que dé origen la comisión de actos de violencia intrafamiliar serán de conocimiento del Juez Letrado de turno en lo civil, dentro de cuyo territorio jurisdiccional se encuentre ubicado el hogar donde vive el afectado.

Artículo 3° El procedimiento respectivo se regirá por las normas que se establecen a continuación y, en todo lo no establecido en ellas, por las reglas comunes a todo procedimiento que se contiene en el Libro Primero del Código de Procedimiento Civil:

a) El juicio se iniciará por denuncia oral o escrita o demanda, la cual podrá ser formulada o deducida por el afectado, sus ascendientes, descendientes, guardadores, tutores, curadores o cualquier otra persona que tenga conocimiento directo de los hechos materia de la denuncia o demanda, según sea el caso. Asimismo, Carabineros o la Policía de Investigaciones son obligados a recibir las denuncias que se les formulen y a ponerlas de inmediato

en conocimiento del Juez competente, siéndoles aplicable lo establecido en los artículos 83° y 86° del Código de Procedimiento Penal;

b) La denuncia o demanda deberá contener una narración circunstanciada de los hechos en que se funda, los motivos por los cuales estos hechos afectan la salud física o psíquica de el o los afectados, el nombre e individualización del autor o autores de tales hechos y, en lo posible, la indicación de la o las personas que componen el núcleo familiar afectado.

En toda denuncia que se efectúe ante Carabineros o la Policía de Investigaciones, de no determinarse o precisarse la identidad de el o los ofensores, el Servicio que haya recibido la denuncia deberá practicar, de oficio, las diligencias necesarias para su individualización, la cual deberá señalarse en el mismo parte que se envíe al tribunal, al transcribir la denuncia respectiva;

c) En estos juicios, las personas podrán actuar y comparecer personalmente, sin necesidad de mandatario judicial y de abogado patrocinante, a menos que el juez así lo ordene expresamente, lo que deberá hacer en todos los casos en que una de las partes cuente con asesoría de letrado. En este evento, la representación judicial deberá ser asumida por la Corporación de Asistencia Judicial que corresponda y se gozará de privilegio de pobreza.

En el caso de los menores o discapacitados, el abogado o procurador que lo represente será su curador ad litem por el sólo ministerio de la ley;

d) El tribunal, recibida que sea la denuncia o la demanda, citará al denunciante o demandante, al afectado y al ofensor, a un comparendo que deberá celebrarse dentro de los ocho días hábiles siguientes, bajo el apercibimiento de procederse en rebeldía de quien no asista.

Asimismo, si lo estima conveniente, podrá citar a otros miembros del núcleo familiar. Las partes deberán concurrir con todos los medios de prueba que dispongan, incluyendo los testigos a quienes consten personalmente los hechos. En estos juicios no regirán las inhabilidades contempladas en los números 1°, 2°, 3°, 4° y 5° del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil.

El juez requerirá al Servicio de Registro Civil e Identificación, por la vía que estime más rápida y efectiva, un informe sobre las anotaciones que el demandado o denunciado tuviere en el registro especial que establece el artículo 8°, el cual deberá ser evacuado dentro del plazo de cinco días hábiles;

e) La primera notificación será siempre personal a menos que el tribunal, por motivos calificados, disponga otra forma de notificación. En todo caso, deberá dejarse al notificado copia íntegra de la resolución y de la demanda o denuncia, según sea el caso. Las notificaciones podrán ser hechas por un funcionario del tribunal como ministro de fe ad hoc, por un receptor, por un notario público u oficial del Registro Civil en aquellos lugares en que no exista receptor judicial, o por carta certificada, según lo determine el tribunal. Las notificaciones personales podrán efectuarse en cualquier día y en cualquier lugar, entre las seis y las veintitrés horas. Toda otra notificación deberá efectuarse, con igual habilitación de día y hora, en el domicilio o en el lugar de trabajo de la persona a notificar;

f) La audiencia se celebrará con las personas que asistan. Luego de escuchar al ofensor, el juez someterá a los interesados las bases sobre las cuales estima posible una conciliación y personalmente las instará a ello. Las opiniones que el tribunal emita al efecto no serán causal de inhabilitación. En la conciliación se podrá convenir sobre toda y cualquier materia, a fin de garantizar la debida convivencia del núcleo familiar y la integridad física o psíquica del ofendido.

La conciliación pondrá término al juicio y se estimará como sentencia ejecutoriada para todos los efectos legales;

g) No habiendo conciliación o en rebeldía del ofensor, el tribunal recibirá la causa a prueba, señalando los puntos sobre los cuales ésta debe recaer, debiendo las partes rendir a continuación aquella que ofrezcan. Iniciada la audiencia, ésta no podrá suspenderse por motivo alguno, y en caso que la prueba no alcance a rendirse en ella, continuará al día siguiente hábil y así hasta terminar. El tribunal deberá habilitar horarios especiales para ello, de no ser posible continuar dentro de su horario normal de funcionamiento;

h) El juez, de oficio o a petición de parte, y desde el momento mismo de recibir la denuncia o demanda en caso que la gravedad de los hechos así lo requiera, podrá, mediante resolución fundada, decretar toda y cualquier medida precautoria destinada a garantizar la seguridad física o psíquica del afectado y la tranquila convivencia, subsistencia económica e integridad patrimonial del núcleo familiar. Al efecto, sin que ello sea taxativo, temporalmente podrá: prohibir, restringir o limitar la presencia del ofensor en el hogar común; ordenar el reintegro al hogar de quien injustificadamente haya sido obligado a abandonarlo; autorizar al afectado para hacer abandono del hogar común y disponer la entrega inmediata de sus efectos personales; prohibir o limitar la concurrencia del ofensor al lugar de trabajo del ofendido, a menos que trabajen en un mismo establecimiento; provisoriamente fijar alimentos y establecer un régimen de cuidado personal, crianza y educación de los hijos o menores que integren el núcleo familiar; y, decretar prohibición de celebrar actos o contratos sobre determinados bienes de quienes lo integren.

Estas medidas serán esencialmente temporales y no podrán exceder de sesenta días hábiles. El juez, en cualquier momento, de oficio o a petición de parte, podrá ampliarlas, limitarlas, modificarlas, sustituirlas o dejarlas sin efecto. Asimismo, por motivos muy graves y urgentes, podrá prorrogarlas hasta por un plazo máximo de ciento ochenta días hábiles, en total.

ANEXO II

Biblioteca del Congreso Nacional

Identificación de la Norma	:	LEY-20066
Fecha de Publicación	:	07.10.2005
Fecha de Promulgación	:	22.09.2005
Organismo	:	MINISTERIO DE JUSTICIA

LEY NUM. 20.066

ESTABLECE LEY DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Teniendo presente que el H. Congreso Nacional ha dado su aprobación al siguiente

Proyecto de ley:

"LEY DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Párrafo 1°. De la violencia intrafamiliar

Artículo 1°.- Objeto de la ley. Esta ley tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma.

Artículo 2°.- Obligación de protección. Es deber del Estado adoptar las medidas conducentes para garantizar la vida, integridad personal y seguridad de los miembros de la familia.

Artículo 3º.- Prevención y Asistencia. El Estado adoptará políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar, en especial contra la mujer y los niños, y a prestar asistencia a las víctimas.

Entre otras medidas, implementará las siguientes:

a) Incorporar en los planes y programas de estudio contenidos dirigidos a modificar las conductas que favorecen, estimulan o perpetúan la violencia intrafamiliar;

b) Desarrollar planes de capacitación para los funcionarios públicos que intervengan en la aplicación de esta ley;

c) Desarrollar políticas y programas de seguridad pública para prevenir y erradicar la violencia intrafamiliar;

d) Favorecer iniciativas de la sociedad civil para el logro de los objetivos de esta ley;

e) Adoptar las medidas necesarias para dar cumplimiento a la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño y demás instrumentos internacionales suscritos por el Estado de Chile, y

f) Crear y mantener sistemas de información y registros estadísticos en relación con la violencia intrafamiliar.

Artículo 4º.- Corresponderá al Servicio Nacional de la Mujer proponer al Presidente de la República las políticas públicas para el cumplimiento de los objetivos de esta ley.

En coordinación y colaboración con los organismos públicos y privados pertinentes formulará anualmente un plan nacional de acción.

Para los efectos de los incisos anteriores, el Servicio Nacional de la Mujer tendrá las siguientes funciones:

- a) Impulsar, coordinar y evaluar las políticas gubernamentales en contra de la violencia intrafamiliar;
- b) Recomendar la adopción de medidas legales, reglamentarias o de otra naturaleza para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar;
- c) Prestar asistencia técnica a los organismos que intervengan en la aplicación de esta ley que así lo requieran, y
- d) Promover la contribución de los medios de comunicación para erradicar la violencia contra la mujer y realzar el respeto a su dignidad.

Artículo 5º.- Violencia intrafamiliar. Será constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente.

También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.

Párrafo 2º. De la Violencia Intrafamiliar de conocimiento de los Juzgados de Familia

Artículo 6º.- Los actos de violencia intrafamiliar que no constituyan delito serán de conocimiento de los juzgados de familia y se sujetarán al procedimiento establecido en la ley N° 19.968.

Artículo 7º.- Situación de riesgo. Cuando exista una situación de riesgo inminente para una o más personas de sufrir un maltrato constitutivo de violencia intrafamiliar, aun cuando éste no se haya llevado a cabo, el tribunal, con el solo mérito de la denuncia, deberá adoptar las medidas de protección o cautelares que correspondan.

Se presumirá que existe una situación de riesgo inminente como la descrita en el inciso anterior cuando haya precedido intimidación de causar daño por parte del ofensor o cuando concurren además, respecto de éste, circunstancias o antecedentes tales como: drogadicción, alcoholismo, una o más denuncias por violencia intrafamiliar, condena previa por violencia intrafamiliar, procesos pendientes o condenas previas por crimen o simple delito contra las personas o por alguno de los delitos establecidos en los párrafos 5 y 6 del Título VII, del Libro Segundo del Código Penal o por infracción a la ley N°17.798, o antecedentes psiquiátricos o psicológicos que denoten características de personalidad violenta.

Además, el tribunal cautelará especialmente los casos en que la víctima esté embarazada, se trate de una persona con discapacidad o tenga una condición que la haga vulnerable.

Artículo 8°.- Sanciones. Se castigará el maltrato constitutivo de violencia intrafamiliar, atendida su gravedad, con una multa de media a quince unidades tributarias mensuales a beneficio del gobierno regional del domicilio del denunciante o demandante, para ser destinada a los centros de atención de víctimas de violencia intrafamiliar existentes en la región respectiva y que sean de financiamiento público o privado.

El condenado deberá acreditar el pago de la multa dentro de los cinco días siguientes a la fecha de la notificación de la sentencia, a menos que el juez, por motivos fundados, prorrogue dicho término hasta por quince días.

En caso de incumplimiento el tribunal remitirá los antecedentes al Ministerio Público, conforme a lo dispuesto en el artículo 240 del Código de Procedimiento Civil.

Artículo 9°.- Medidas accesorias. Además de lo dispuesto en el artículo precedente, el juez deberá aplicar en la sentencia una o más de las siguientes medidas accesorias:

a) Obligación de abandonar el ofensor el hogar que comparte con la víctima.

b) Prohibición de acercarse a la víctima o a su domicilio, lugar de trabajo o de estudio. Si ambos trabajan o estudian en el mismo lugar se oficiará al empleador o director del establecimiento para que adopte las medidas de resguardo necesarias.

c) Prohibición de porte y tenencia y, en su caso, el comiso, de armas de fuego. De ello se informará, según corresponda, a la Dirección General de Movilización, a la Comandancia de Guarnición o al Director de Servicio respectivo, para los fines legales y reglamentarios que correspondan.

d) La asistencia obligatoria a programas terapéuticos o de orientación familiar. Las instituciones que desarrollen dichos programas darán cuenta al respectivo tribunal del tratamiento que deba seguir el agresor, de su inicio y término.

El juez fijará prudencialmente el plazo de estas medidas, que no podrá ser inferior a seis meses ni superior a un año, atendidas las circunstancias que las justifiquen. Ellas podrán ser prorrogadas, a petición de la víctima, si se mantienen los hechos que las justificaron. En el caso de la letra d), la duración de la medida será fijada, y podrá prorrogarse, tomando en consideración los antecedentes proporcionados por la institución respectiva.

Sin perjuicio de lo anterior, el juez, en la sentencia definitiva, fijará los alimentos definitivos, el régimen de cuidado personal y de relación directa y regular de los hijos si los hubiere y cualquier otra cuestión de familia sometida a su conocimiento por las partes.

Artículo 10.- Sanciones. En caso de incumplimiento de las medidas cautelares o accesorias decretadas, con excepción de aquella prevista en la letra d) del artículo 9°, el juez pondrá en conocimiento del Ministerio Público los antecedentes para los efectos de lo previsto en el inciso segundo del artículo 240 del Código de Procedimiento Civil, sin perjuicio de imponer al infractor, como medida de apremio, arresto hasta por quince días.

La policía deberá detener a quien sea sorprendido en quebrantamiento flagrante de las medidas mencionadas en el inciso precedente.

Artículo 11.- Desembolsos y perjuicios patrimoniales. La sentencia establecerá la obligación del condenado de pagar a la víctima los desembolsos y perjuicios de carácter patrimonial que se hubieren ocasionado con la ejecución del o los actos constitutivos de violencia intrafamiliar objeto del juicio, incluida la

reposición en dinero o en especie de bienes dañados, destruidos o perdidos. Estos perjuicios serán determinados prudencialmente por el juez.

Artículo 12.- Registro de sanciones y medidas accesorias. El Servicio de Registro Civil e Identificación deberá llevar un Registro Especial de las personas que hayan sido condenadas, por sentencia ejecutoriada, como autoras de violencia intrafamiliar, así como de las demás resoluciones que la ley ordene inscribir.

El tribunal, ejecutoriada que sea la sentencia, deberá oficiar al Registro Civil, individualizando al condenado y la sanción principal y las accesorias aplicadas por el hecho de violencia intrafamiliar, con excepción de la prevista en la letra d) del artículo 9º, circunstancias que el mencionado Servicio hará constar, además, en el respectivo certificado de antecedentes.

Este Registro Especial será puesto en conocimiento del tribunal a solicitud de éste, en los casos regulados en la ley.

Párrafo 3º De la violencia intrafamiliar constitutiva de delito

Artículo 13.- Normas Especiales. En las investigaciones y procedimientos penales sobre violencia intrafamiliar se aplicarán, además, las disposiciones del presente Párrafo.

Artículo 14.- Delito de maltrato habitual. El ejercicio habitual de violencia física o psíquica respecto de alguna de las personas referidas en el artículo 5º de esta ley se sancionará con la pena de presidio menor en su grado mínimo, salvo que el hecho sea constitutivo de un delito de mayor gravedad, caso en el cual se aplicará sólo la pena asignada por la ley a éste.

Para apreciar la habitualidad, se atenderá al número de actos ejecutados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferente víctima. Para estos efectos, no se considerarán los hechos anteriores respecto de los cuales haya recaído sentencia penal absolutoria o condenatoria.

El Ministerio Público sólo podrá dar inicio a la investigación por el delito tipificado en el inciso primero, si el respectivo Juzgado de Familia le ha remitido los antecedentes, en conformidad con lo dispuesto en el artículo 90 de la ley N° 19.968.

Artículo 15.- Medidas cautelares. En cualquier etapa de la investigación o del procedimiento sobre delitos constitutivos de violencia intrafamiliar, y aun antes de la formalización, el tribunal con competencia en lo penal podrá decretar las medidas cautelares que sean necesarias para proteger a la víctima de manera eficaz y oportuna, tales como las que establece el artículo 92 de la ley N° 19.968 y las aludidas en el artículo 7° de esta ley.

Artículo 16.- Medidas accesorias. Las medidas accesorias que establece el artículo 9° serán aplicadas por los tribunales con competencia en lo penal, cuando el delito constituya un acto de violencia intrafamiliar, sin perjuicio de las sanciones principales y accesorias que correspondan al delito de que se trate.

El tribunal fijará prudencialmente el plazo de esas medidas, que no podrá ser inferior a seis meses ni superior a un año, atendidas las circunstancias que las justifiquen. Dichas medidas podrán ser prorrogadas, a petición de la víctima, si se mantienen los hechos que las justificaron. En el caso de la letra d) del artículo 9°, la duración de la medida será fijada, y podrá prorrogarse, tomando en consideración los antecedentes proporcionados por la institución respectiva.

Artículo 17.- Condiciones para la suspensión del procedimiento. Para decretar la suspensión del procedimiento, el juez de garantía impondrá como condición una o más de las medidas accesorias establecidas en el artículo 9°, sin perjuicio de las demás que autoriza el artículo 238 del Código Procesal Penal.

Artículo 18.- Sanciones. En caso de incumplimiento de las medidas a que se refieren los artículos 15, 16 y 17, se aplicará lo dispuesto en el artículo 10.

Artículo 19.- Improcedencia de acuerdos reparatorios. En los procesos por delitos constitutivos de violencia intrafamiliar no tendrá aplicación el artículo 241 del Código Procesal Penal.

Artículo 20.- Representación judicial de la víctima. En casos calificados por el Servicio Nacional de la Mujer, éste podrá asumir el patrocinio y representación de la mujer víctima de delitos constitutivos de violencia intrafamiliar que sea mayor de edad, si ella así lo requiere, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 109 del Código Procesal Penal.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el inciso anterior, el Servicio podrá celebrar convenios con entidades públicas o privadas.

Párrafo 4°. Otras disposiciones

Artículo 21.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el Código Penal:

a) Intercálanse, en la circunstancia 4ª del artículo 11, a continuación de la expresión "*a su cónyuge,*", *las palabras "o su conviviente"*, seguidas de una coma (,).

b) En el artículo 390, suprímense la frase "sean legítimos o ilegítimos", así como la coma (,) que le sigue, y la palabra "legítimos" que sigue al término "descendientes", e intercálase, a continuación del vocablo "cónyuge", la expresión "o conviviente".

c) Sustitúyese el artículo 400, por el siguiente: *"Artículo 400. Si los hechos a que se refieren los artículos anteriores de este párrafo se ejecutan en contra de alguna de las personas que menciona el artículo 5º de la Ley sobre Violencia Intrafamiliar, o con cualquiera de las circunstancias Segunda, Tercera o Cuarta del número 1º del artículo 391 de este Código, las penas se aumentarán en un grado."*

d) Agrégase la siguiente oración al final del N° 5 del artículo 494: *"En ningún caso el tribunal podrá calificar como leves las lesiones cometidas en contra de las personas mencionadas en el artículo 5º de la Ley sobre Violencia Intrafamiliar."*

Artículo 22.- Introdúcense las siguientes modificaciones en la ley N° 19.968:

a) Sustitúyese el inciso segundo del artículo 90, por el siguiente: *"Si de los antecedentes examinados en la audiencia preparatoria o en la del juicio aparece que el denunciado o demandado ha ejercido violencia en los términos establecidos en el artículo 14 de la Ley sobre Violencia Intrafamiliar, el tribunal los remitirá al Ministerio Público."*

b) Reemplázase la primera oración del número 1 del artículo 92, por la siguiente: *"Prohibir al ofensor acercarse a la víctima y prohibir o restringir la presencia de aquél en el hogar común y en el domicilio, lugar de estudios o de trabajo de ésta."*

c) Sustitúyese el artículo 94, por el siguiente: *"Artículo 94.- Incumplimiento de medidas cautelares. En caso de incumplimiento de las medidas cautelares, el juez pondrá en conocimiento del Ministerio Público los antecedentes para los efectos de lo previsto en el inciso segundo del artículo 240 del Código de Procedimiento Civil. Sin perjuicio de ello, impondrá al infractor, como medida de apremio, arresto hasta por quince días."*

Artículo 23.- Intercálase en el inciso primero del artículo 30 de la ley N° 18.216, a continuación de la expresión *"Código Penal"*, la siguiente oración, precedida de una coma (,): *"o de los delitos contra las personas que sean constitutivos de violencia intrafamiliar"*.

Artículo 24.- Para los efectos de lo dispuesto en la presente ley, quienes detenten la calidad de adoptantes o adoptados conforme a lo dispuesto en las leyes N° 7.613 y N° 18.703, se considerarán ascendientes o descendientes, según corresponda.

Artículo 25.- Vigencia. La presente ley comenzará a regir el 1 de Octubre de 2005.

Artículo 26.- Derogación. Derógase la ley N° 19.325, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo segundo transitorio de la ley N° 19.968. Toda referencia legal o reglamentaria a la ley N° 19.325, debe entenderse hecha a la presente ley.

"Habiéndose cumplido con lo establecido en el N° 1º del Artículo 82 de la Constitución Política de la República y por cuanto he tenido a bien aprobarlo y sancionarlo; por tanto promúlguese y llévese a efecto como Ley de la República.

Santiago, 22 de septiembre de 2005.

- RICARDO LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República.
- Luis Bates Hidalgo, Ministro de Justicia.
- Cecilia Pérez Díaz, Ministra Directora, Servicio Nacional de la Mujer.
- Francisco Vidal Salinas, Ministro del Interior.

Lo que transcribo a Ud. para su conocimiento.-

Saluda atentamente a Ud.,

Jaime Arellano Quintana,
Subsecretario de Justicia.
Tribunal Constitucional

Proyecto de ley sobre violencia intrafamiliar y que deroga la ley N° 19.325
El Secretario del Tribunal Constitucional, quien suscribe certifica que la
Honorable Cámara de Diputados envió el proyecto de ley enunciado en el
rubro, aprobado por el Congreso Nacional, a fin de que este Tribunal
ejerciera el control de constitucionalidad respecto de los artículos 6°; 9°;
10; 15; 17; 18; 22, letras b) y c); 23 y 26, del mismo, y por sentencia de 20
de septiembre de 2005, dictada en los autos rol N° 456, declaró:

- 1. Que los artículos 6° y 26 del proyecto remitido son constitucionales, y*
- 2. Que no corresponde al Tribunal pronunciarse sobre los artículos 9°, 10, 15, 17, 18, 22 -letras b) y c)- y 23 del proyecto remitido, por versar sobre materias que no son propias de ley orgánica constitucional.*

Santiago, 21 de septiembre de 2005.

- Rafael Larraín Cruz, Secretario.

ANEXO III: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entrevista semi-estructurada

PRIMERA PARTE

I Antecedentes Generales

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

¿Cuál es su estado civil?

1)-Soltera/o

4)-Separada/o

2)-Casada/o

5)-Conviviente

3)-Viuda/o

¿Es jefe de hogar?

1)-Sí

2)-No

¿Cuántos hijos vivos tiene usted en la actualidad?

1)-1

4)-4

2)-2

5)-otros ¿ cuántos?

3)-3

¿Número de personas con quien vive en el hogar?

1)-Vive sola/o

3)-4-7

2)-1-3

4)-8-13

¿Con quién vive?

1)-Sola/o

5)-Nietos

2)-Cónyuge

6)-Nuera / yerno

3)-Padre / madre

7)-Hermana/o

4)-Hijos

II Antecedentes Socioeconómicos

SALUD

1).-¿Cuál es su nivel de funcionalidad?

1)-Autovalente

3)-Dependientes

2)-Autovalente con riesgo

2).-¿Usted Presenta alguna enfermedad crónica?

1)-Si

2)-No

(si su respuesta es negativa pasar a la pregunta N° 5)

3).-¿Qué enfermedad crónica?

1)-Hipertensión arterial

2)-Osteoartrosis

3)-Diabetes

4)-Bronquitis

5)-Asma

6)-Osteoporosis

7)-Varices de extremidades inferiores

8)-Incontinencia urinaria

9)-Depresión

10)-Arritmia cardiaca

11)-Insuficiencia cardiaca

12)-Insuficiencia coronaria

13)-Obesidad

14)-Demencia

15)-Pérdida de la visión

16)-Pérdida de la audición

17)-Otras (especifique)

4.-¿Se encuentra en control ?

1)-Si

2)-No

3)-¿Dónde?

5).-¿A qué sistema de salud pertenece usted?

1)-Privado (Isapre)

2)-Publico (FONASA)

3)-Indigente

4)-Otro

5)No sabe

VIVIENDA

6).-¿El tipo de vivienda que usted habita es?

1)-Casa

3)-Pieza

2)-Depto.

4)-Otra ¿Cuáles?

7).-¿La vivienda que usted habita es?

1)-Propia

5)-Usufructuaria

2)-Propia con deudas al día

6)-Allegada

3)-Propia con deudas
atrasadas

7)-Cedida

4)-Arrendada

8)-Ocupación irregular

8).-¿El estado de conservación de la vivienda es?

1)-Buen estado (la propiedad no presenta problemas de infraestructura sea esta sólida o de madera, como tampoco daño en los servicios básicos)

3)-Mal estado

(la propiedad tiene dañado en su totalidad la infraestructura, como los servicios básicos)

2)-Regular estado (la propiedad presenta algún daño menor en la infraestructura o en algún servicio básico. Si este es reparado deja esta categoría)

EDUCACIÓN

9).-¿Usted lee?

1)-Sí

2)-No

10).-¿Usted escribe?

1)-Sí

2)-No

11).-¿A qué curso llegó usted?

1)-Preparatoria incompleta

6)-Técnica

2)-Preparatoria completa

7)-completa

3)-Humanidades incompleta

8)-Universitaria incompleta

4)-Humanidades completa

9)-Universitaria completa

5)-Técnica incompleta

10)-Sin estudios

PARTICIPACIÓN SOCIAL

12).-¿Usted participa en alguna organización?

1)-Sí

3)-¿por qué?

2)-No (Si su respuesta es negativa pasar a la pregunta N°14)

13).-¿En qué tipo de organización/es participa?

1)-Deportivas

2)-Religiosas

3)-Culturales

4)-Vecinales

5)-Políticas

6)-Beneficencia y/o voluntariado

7)-Otros ¿Cuáles?

REDES SOCIALES

14).-¿Con cuál de estas redes sociales se vincula usted?

1)-Familiares

2)-Vecinos

3)-Amigos

15).-¿Con qué frecuencia se relaciona con ellos?

1)-Ocasional (2-5 veces en el año)

2)-Frecuente (6-20 veces en el año)

3)-muy frecuente (Más de 20 veces en el año)

16).-¿ Qué tipo de apoyo social recibe?

1)-Económico

2)-Afectivo/emocional

3)-Material

17).-¿Qué instituciones de servicios identifica usted?

1)-Municipio

4)-Colegio

2)-Consultorio

5)-Carabineros

3)-Iglesia

6)-Otros ¿Cuáles?

ECONÓMICO

18).-¿Qué actividad económica desarrolla usted?

1)-Trabajo remunerado

4)-Labores domésticas

2)-Cesante

5)-Otras ¿Cuáles?

3)-Inactivo

19).-¿Sus ingresos provienen de?

1)-Pensión

5)-Trabajo

2)-Pensión por vejez o
invalidez

6)-Pensión y trabajo

3)-Pensión de viudez o
montepío

7)-Ayuda de terceros

8)-No cuenta con ingresos propios

4)-No contributivas (PASIS)

9)-Otros ¿Cuáles?

20).-¿El monto de su ingreso mensual es?

1)-Menos de \$50.000.-
mensuales.

2)-Entre \$50.001.-
y \$100.000.- mensuales

3)-Entre \$100.001.- y
150.000.- mensuales

4)-Entre 150.001.- y \$200.000.-
mensuales

5)-200.001.- y más

21).-¿A qué sistema previsional pertenece usted?

1)-A.F.P.

2)-I.N.P.

3)-F.F.A.A.

4)-Mutual

5)-Cía. de Seguros

6)-S.S.S.

7)-Caja de empleados particulares

8)-Otra Institución ¿Cuáles?

III Antecedentes sobre el Maltrato

22).-¿Usted es o ha sido maltratada/o?

1)-Si

2)-No

(Si su respuesta es afirmativa pasar a la siguiente pregunta)

23).-¿De qué tipo de maltrato es o ha sido víctima?

1)-Físico

(pasar a la pregunta N°25)

2)-Sexual

(pasar a la pregunta N°29)

3)-Psicológico

(pasar a la pregunta N°33)

4)-Patrimonial o económico

(pasar a la pregunta N°37)

5)-Abandono y negligencia

(pasar a la pregunta N°44)

FÍSICO

24).-¿De qué forma ha sido maltratada/o físicamente usted?

1)-Tirarle un objeto

2)-Empujones o zamarreos

3)-Cachetadas

4)-Patadas o puñetes

5)-Golpes con un objeto

6)-Propinarle una golpiza

7)-Provocarle quemaduras

8)-Le ha sujetado fuertemente

9)-Amarrada

10)-Amenazada con un arma

11)-Agredida con un arma

25).-¿Con cuánta frecuencia ha sido maltratada/o en los últimos doce meses?

1)-Ocasional (2-5 veces)

2)-Frecuente (6-20 veces)

3)-Muy frecuente (más de 20 veces)

26).-¿Qué relación de parentesco tiene usted con el agresor?

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1)-Cónyuge | 7)-Amiga/o |
| 2)-Padre / madre | 8)-Vecina/o |
| 3)-Hija/o | 9)-Desconocida/o |
| 4)-Nieta/o | 10)-Cuidador/a |
| 5)-Hermana/o | 11)-Otros ¿ cuáles? |
| 6)-Otro pariente/¿Quién? | |

27).-¿Quiénes tienen o han tenido conocimiento del maltrato?

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1)-Familiares | 4)-Cuidador/a |
| 2)-Amigas/os | 5)-Otros ¿ Cuáles? |
| 3)-Vecinas/os | |

SEXUAL

28).-¿De qué forma ha sido maltratada/o sexualmente usted?

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| 1)-Gestos obscenos | 5)-Manoseos |
| 2)-Palabras | 6)-Exhibición de genitales |
| 3)-Insinuaciones | 7)-Violación |
| 4)-Caricias | |

29).-¿Con cuánta frecuencia ha sido maltratada/o en los últimos doce meses?

- | | |
|---------------------------|------------------------------------|
| 1)-Ocasional (2-5 veces) | 3)-Muy frecuente (más de 20 veces) |
| 2)-Frecuente (6-20 veces) | |

30).-¿Qué relación de parentesco tiene usted con el agresor?

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1)-Cónyuge | 7)-Amiga/o |
| 2)-Padre / madre | 8)-Vecina/o |
| 3)-Hija/o | 9)-Desconocida/o |
| 4)-Nieta/o | 10)-Cuidador/a |
| 5)-Hermana/o | 11)-Otros ¿ cuáles? |
| 6)-Otro pariente/¿Quién? | |

31).-¿Quiénes tienen o han tenido conocimiento del maltrato?

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1)-Familiares | 4)-Cuidador/a |
| 2)-Amigas/os | 5)-Otros ¿Cuáles? |
| 3)-Vecinas/os | |

PSICOLÓGICO

32).-¿De qué forma ha sido maltratada/o psicológicamente usted?

- | | |
|-----------------------|--------------|
| 1)-Agresión verbal | 5)-Le gritan |
| 2)-Repetidos insultos | 6)-Le callan |
| 3)-Amenaza | |
| 4)-Le han intimidado | |

7)-La tratan como a una
niña/o

8)-Le han rechazado sus
deseos

9)-Le han humillado

10)-No le habla

11)-Le niegan participar de las
reuniones familiares o de otra índole

12)-Es indiferente a sus sentimientos

13)-Le han criticado por sus
creencias, costumbres o arraigo

33).-¿Con cuanta frecuencia ha sido maltratada/o en los últimos doce
meses?

1)-Ocasional (2-5 veces)

3)-Muy frecuente (más de 20 veces)

2)-Frecuente (6-20 veces)

34).-¿Qué relación de parentesco tiene usted con el agresor?

1)-Cónyuge

7)-Amiga/o

2)-Padre / madre

8)-Vecina/o

3)-Hija/o

9)-Desconocida/o

4)-Nieta/o

10)-Cuidador/a

5)-Hermana/o

11)-Otros ¿ cuáles?

6)-Otro pariente/¿Quién?

35).-¿Quiénes tienen o han tenido conocimiento del maltrato?

1)-Familiares

4)-Cuidador/a

2)-Amigos/os

5)-Otros ¿Cuáles?

3)-Vecinas/os

PATRIMONIAL O ECONÓMICO

36).-¿De qué forma ha sido maltratada/o patrimonial o económicamente usted?

- 1)-ha perdido el control de sus propiedades
- 2)-Depende económicamente
- 3)-No controla sus ingresos
- 4)-No sabe en qué utilizan sus ingresos

37).-¿Por qué motivos perdió el control de su propiedad/es?

- | | |
|-------------------|------------------------|
| 1)-La/o engañaron | 3)-La/o amenazaron |
| 2)-La/o estafaron | 4)-desconoce el motivo |

38).-¿De quién depende económicamente para subsistir?

- | | |
|-------------|-------------------------|
| 1)-Cónyuge | 7)-Otros parientes |
| 2)-Padre | 8)-Amigos |
| 3)-Madre | 9)-Vecinos |
| 4)-Hijo | 10)-Desconocidos |
| 5)-Nieto | 11)-Cuidador |
| 6)-Hermanos | 12)-Otros (especifique) |

39).-¿En qué se utilizan sus ingresos?

- 1)-Sabe en qué se utiliza y es para la satisfacción de todas sus necesidades

2)-Sabe en qué se utiliza y es para satisfacer todas sus necesidades y la de otros

3)-Sabe en qué se utiliza y es para la satisfacción de necesidades de todos

4)-Desconoce en qué se utilizan sus ingresos

40).-¿Con cuánta frecuencia ha sido maltratada/o en los últimos doce meses?

1)-Ocasional (2-5 veces)

3)-Muy frecuente (más de 20 veces)

2)-Frecuente (6-20 veces)

41).-¿Qué relación de parentesco tiene usted con el agresor?

1)-Cónyuge

7)-Amiga/o

2)-Padre / madre

8)-Vecina/o

3)-Hija/o

9)-Desconocida/o

4)-Nieta/o

10)-Cuidador/a

5)-Hermana/o

11)-Otros ¿cuáles?

6)-Otro pariente/¿Quién?

42).-¿Quiénes tienen o han tenido conocimiento del maltrato?

1)-Familiares

4)-Cuidador/a

2)-Amigas/os

5)-Otros ¿Cuáles?

3)-Vecinas/os

ABANDONO O NEGLIGENCIA

43).-¿De qué forma ha sido agredida/o por abandono y negligencia usted?

- 1)-No administra cuidados o supervisión necesarias respecto a alimentación, vestuario, higiene, cuidados médicos apropiados
- 2)-La/o dejan sola/o sabiendo que no puede valerse por si mismo
- 3)-La/o asisten tardíamente ante consultas y requerimientos personales
- 4)-No toman medidas para evitar accidentes previsibles y prevenibles
- 5)-Le descuidan el suministro de enseres.

44).-¿Con cuánta frecuencia ha sido maltratada/o en los últimos doce meses?

- 1)-Ocasional (2-5 veces)
- 2)-Frecuente (6-20 veces)
- 3)-Muy frecuente (más de 20 veces)

45).-¿Qué relación de parentesco tiene usted con el agresor?

- 1)-Cónyuge
- 2)-Padre / madre
- 3)-Hija/o
- 4)-Nieta/o
- 5)-Hermana/o
- 6)-Otro pariente/¿Quién?
- 7)-Amiga/o
- 8)-Vecina/o
- 9)-Desconocida/o
- 10)-Cuidador/a
- 11)-Otros ¿ cuáles?

46).-¿Quiénes tienen o han tenido conocimiento del maltrato?

1)-Familiares

2)-Amigas/os

3)-Vecinas/os

4)-Cuidador/a

5)-Otros ¿Cuáles?

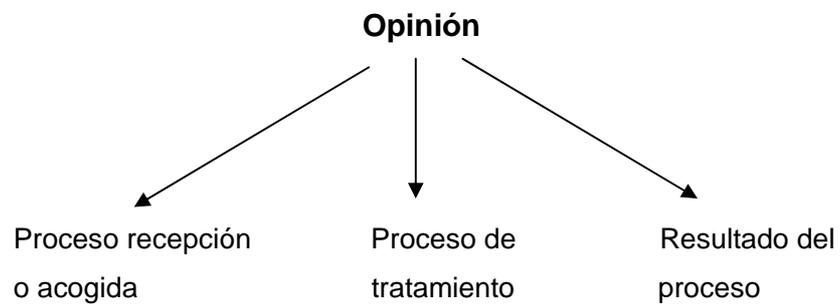
SEGUNDA PARTE

Institución a la cual acudió en busca de ayuda:

1).-¿Qué opinión tiene usted de la acogida y recepción que le brindó la institución a la cual usted acudió en busca de ayuda?

2).-¿Qué opinión tiene usted del tratamiento otorgado en la institución a la cual usted acudió en busca de ayuda?

3).-¿Qué opina usted del o de los resultado/s obtenido/s en la institución a la cual usted acudió en busca de ayuda?



ANEXO IV

MATRIZ DE CONTENIDO

PROCESO RECEPCIÓN O ACOGIDA

Favorable	Desfavorable	Indiferente no tiene opinión	Aceptación con reparos
	<p>1.- Clorinda, 61 años</p> <p>“igual que como siempre, en el consultorio uno hay que estar ahí que la atienden le dan la hora para otro día nunca la atienden al tiro”.</p> <p>“pedí una hora para el médico, nunca pude hablar con ninguna visitadora”.</p>		
	<p>2.-Nelly, 65 años</p> <p>“Me recibieron bien, me acogieron bien.</p> <p>sí sí muy bien, la amabilidad que tienen los niños súper amorosos, eh muy discretas, eh... no óptimas”</p> <p>“primero me vio una y después la señorita Loreto”.</p>		
	<p>3.- Josefina, 82 años</p> <p>“mire eh tenido una suerte, yo en el hospital y en el consultorio he tenido harta suerte, gracias a Dios, me han atendido bien”.</p> <p>“con el psiquiatra me llevó bien también, no me deja que ni me pare sola, si yo de la</p>		

<p>silla me puedo parar sola, de un sofá no puedo, él se para sale del puesto y me para”.</p>			
			<p>4.- Victoria, 66 años</p> <p>“mire no voy a decir que malo, pero yo pienso que en esos días cuando yo estuve con mucha depresión hubieron como tres veces que no me atendieron y me dio como un arrebató esos días,</p> <p>ahí yo hasta con el médico me enojé, yo creo que pueden tener hasta anotado por ahí.. no hice ningún reclamo pero yo le dije, sabe señorita, usted me esta tirando que mañana que pasado, estoy enferma señorita, me siento mal”.</p>
<p>5.- Rosa, 64 años</p> <p>“me ayudo mucho, me sirven mucho muchos sus consejos, muy buena, porque la visitadora vino a visitarme a mi casa y ella me aconsejó, ha sido buena la atención”.</p>			
<p>6.- Francisca, 65 años</p> <p>“me escucharon y hablamos, ella me apoyó y me dijo que me enviaría a otra</p>			

<p>parte, donde me pudieran ayudar”.</p>			
<p>7.-Marina, 75 años</p> <p>“bien, bien, amorosa, hasta ayuda me quiso dar la doctora, es jovencita, me dijo nosotros la podemos ayudar si hay agresión, para que no le vaya a pasar algo. muy bien, muy buena”.</p> <p>Corporación Asistencia Judicial</p> <p>“bien, súper bien, la señorita me explico los pasos a seguir, fui hace días a tras, el Martes”.</p>			
<p>8.- Benigna, 63 años</p> <p>“Actualmente estoy con otro psicólogo, si me lo tuvieron que cambiar, un psicólogo bien bueno, me he sentido bien eh eh....., no es pesado como el otro”.</p> <p>“Yo pedí ayuda,</p>	<p>8.- Benigna, 63 años</p> <p>“estuve con psicólogo, no me sentí acompañada, pero no me gusto el psicólogo del consultorio, era tan joven como el Carlo, era tan joven, justo yo le estaba contando mi vida, todo lo que he sufrido, todas las cuestiones, entonces él tomaba esa cosa, el celular se ponía hablar y a mi me ignoraba.</p>		

<p>llegue llorando”.</p> <p>Si, me recibieron bien, el doctor, conversó conmigo, el doctor me envió al psicólogo”.</p> <p>“el psicólogo también me recibió bien, bien simpática ella, cuando me ve, al tiro me da un beso en la cara”.</p>			
<p>9.- Magdalena, 63 años</p> <p>Consultorio</p> <p>“bien, si, la señora Rita, me sentí escuchada, ella fue a la casa”.</p>			
<p>10.- Gladys, 61 años</p> <p>“si, por Carabinero, si bien, carabinero si, me ayudo”,</p> <p>me ayudo en varias ocasiones”.</p> <p>Corporación Asistencia Judicial</p> <p>Si, bien el abogado es súper bueno</p> <p>Consultorio</p> <p>“me ha ido bien, nunca he tenido problema, estoy con el psicólogo, me recibieron bien, siempre me he tratado ahí yo”</p>			
	<p>11.- Amada, 82 años</p> <p>“no, no para empezar pase por cuatro</p>		

	<p>abogados, a todos les tengo el nombre, me pateaban para todos lados, no tomaban en serio mi problema, nunca pensé tener solución”.</p>		
<p>12.- Juana, 70 años</p> <p>“la abogada que me tocó era una maravilla, sí muy sí...siempre me dijo que iba estar al tanto”.</p>			
<p>13.-Margarita, 70 años</p> <p>“con carabinero excelente, muy buena, si muy buena, muy buena”</p> <p>“carabinero de la familia, son excelentes, acogen a la gente muy bien, a mi me aconsejaron harto”</p> <p>consultorio</p> <p>“me han atendido excelente, muy buena atención, ahora toda la gente que trabaja en consultorio.... le dan preferencia a la abuelita a la tercera edad”.</p>			
	<p>14.- María Teresa, 73 años</p> <p>Municipio</p> <p>“nunca, nunca , nos han acogido..... que tiene que ir aquí, que tengo que ir allá.....</p>		

	<p>hay dije yo.....sabe que... másdejemos hasta ahí no más”.</p> <p style="text-align: center;">Consultorio</p> <p>“Cuando fui por una...casa, por un bastón....., ni eso, vaya aquí vaya acá, la tiran como una bola huacha..</p> <p>No tengo una mamá, sino que les hubiera dicho.....”</p>		
<p>15.- Julia, 86 años</p> <p>“me vio el médico primero y me dijo esos moretones, yo le conté lo que le estoy contando a usted y el me dijo usted no puede vivir así, yo le dije no ,sino estoy viviendo con ellos, a veces voy para allá, ahí me dijo, de todas manera usted va a ir a carabineros”.</p>	<p>15.- Julia, 86 años ¿Cómo fue la acogida del carabinero?</p> <p>“ escribía y miraba pál lado, otra palabra y miraba pál lado, parece que no le dio importancia..... la acogida no fue buena y ahí me dijo que al 26 juzgado tenía que ir, no me dijo ni ha donde quedaba, nos bajamos allá en Salesianos.....</p> <p>me dijeron que ahí no, en el 14 y ahí encontramos</p> <p>el carabinero llegó como desganado, el no estaba en el mesón, lo fueron a buscar ¡que desea usted! Me dijo.</p> <p>Debería ser más amable, así como me atendió el médico”.</p>		

	16.- Manuel, 63 años "aquí es mala la atención, malo".		
--	--	--	--

Nota: Una de nuestras entrevistadas no dio respuestas a las preguntas relacionadas con la intervenciones sociales entregadas por las instituciones en estudio que reciben o pesquisan casos de maltrato.

ANEXO V : OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable N°1: Maltrato

Definición conceptual: “El maltrato es un acto único o reiterado, u omisión que causa daño o aflicción en una persona mayor y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (Trarupil Nuñez, 2002)).

Definición operacional: Daño o aflicción que se le provoca a una persona mayor, que afecta su bienestar e impide que ésta ejerza su derecho de ser tratada con respecto.

Variable N°2: Nivel Socioeconómico

Definición conceptual: Factores de orden social y económico que posibilitan y/u obstaculizan los medios necesarios de subsistencia (Ibíd.).

Definición operacional: -Son todas aquellas variables que intervienen para la satisfacción de las necesidades básicas de un individuo o grupo familiar.

Variable N°3: Opinión

Definición conceptual: Modo de juzgar sobre una cuestión, concepto que se forma o tiene de una cosa cuestionable(www.diccionario.com)

Definición operacional: Idea, juicio o concepto que tienen los Adultos Mayores sobre alguien o algo.

Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	subdimensión	Indicadores	subindicador
Socioeconómico	Social	Salud	-Estado de salud	-Nivel de funcionalidad -Patologías crónicas
			-Control de las enfermedades	-Si -No -¿Dónde?
			-Acceso a la salud	-Privado (Isapre) -Público (FONASA) -Indigente -Otro -No sabe
		Vivienda.	-Tipo	-Casa -Depto. -Pieza - Otra
			-Tenencia	-Propia -Propia con deudas al día

				<ul style="list-style-type: none"> -Propia con deudas atrasadas -Arrendada -Usufructuaria -Allegada -Cedida -Ocupación irregular
			-Estado de conservación	<ul style="list-style-type: none"> -Buen estado -Regular estado -Mal estado
		Educación.	-Usted lee	<ul style="list-style-type: none"> -Si -No
			-Usted escribe	<ul style="list-style-type: none"> -Si -No
			-A que curso llegó	<ul style="list-style-type: none"> -Preparatoria incompleta -Preparatoria completa -Humanidades incompleta -Humanidades completa -Técnica

				incompleta -Técnica completa -Universitaria incompleta -Universitaria completa -Sin estudios
		Participación social.	Participa en organización -Tipo de Organización	-Sí -No -¿por qué? -Deportivas -Religiosas -Culturales -Vecinales -Políticas -Beneficencia y/o voluntariado -Otros
		-Redes sociales de apoyo	-Tipos de vínculos	-Familiares -Vecinos -Amigos
			-Frecuencia de	-Ocasional

			los vínculos	-Frecuente -Muy frecuente
			-Apoyo social	-Afectivo -Económico -Material
			-Conocimiento de instituciones de servicios	-Municipio -Consultorio -Iglesia -Colegio -Carabineros -Otros
	Económico	Tipo de actividad	-Trabajo remunerado -Cesante -Inactivo -Labores domésticas -Otras	
		Fuente de ingreso	-Pensión -Pensión por vejez o invalidez -Pensión de viudez o	

			<p>montepío</p> <p>-No contributivas (PASIS)</p> <p>-Trabajo</p> <p>-Pensión y trabajo</p> <p>-Ayuda de terceros</p> <p>-No cuenta con ingresos propios</p> <p>-Otros (Especificar)</p>	
		Tramo de ingreso	<p>-Menos de \$50.000.- mensuales.</p> <p>-Entre \$50.001.- y \$100.000.- mensuales</p> <p>-Entre \$100.001.- y 150.000.- mensuales</p> <p>-Entre 150.001.- y \$200.000.- mensuales</p> <p>-200.001.- y</p>	

		Previsión	más -A.F.P. -I.N.P. -F.F.A.A. -Mutual -Cía. de Seguros -S.S.S. -Caja de empleados particulares -Otra Institución (especificar)	
Maltrato	Física	Forma y/o tipo de agresión	-Golpes -Agresión con fuego, calor o sustancias químicas -Agresión con armas -Agresión al libre desplazamiento	

		Frecuencias de la agresión	-Ocasional -Frecuente -Muy frecuente	
		Relación de parentesco con el agresor	-Cónyuge -Padre/Madre -Hijo/a -Nieto/a -Hermano/a -Otro pariente -Amigo/a -Vecino/a -Desconocido/a -Cuidador -Otros	
		Conocimiento del abuso	-Familiares -Amigos -Vecinos -Cuidador -Otros	
	Sexual	Forma y/o tipo de agresión	-Gestos obscenos -Palabras -Insinuaciones -Caricias	

			<ul style="list-style-type: none"> -Manoseos -Exhibición de genitales -Violación 	
		Frecuencias de la agresión	<ul style="list-style-type: none"> -Ocasional -Frecuente -Muy frecuente 	
		Relación de parentesco con el agresor	<ul style="list-style-type: none"> Cónyuge -Padre/Madre -Hijo/a -Nieto/a -Hermano/a -Otro pariente -Amigo/a -Vecino/a -Desconocido/a -Cuidador -Otros 	
		Conocimiento del abuso	<ul style="list-style-type: none"> -Familiares -Amigos -Vecinos -Cuidador 	

	Psicológico	-Forma y/o tipo de agresión	-Otros -Agresión verbal -Repetidos insultos -Amenaza -Le han intimidado -Le gritan -Le callan -La tratan como a una niña/o -Le han rechazado sus deseos -Le han humillado -No le habla -Le niegan participar de las reuniones familiares o de otra índole -Es indiferente a sus sentimientos -Le han criticado por sus	
--	--------------------	-----------------------------	---	--

			creencias, costumbres o arraigo	
		Frecuencias de la agresión	-Ocasional -Frecuente -Muy frecuente	
		Relación de parentesco con el agresor	-Cónyuge -Padre/Madre -Hijo/a -Nieto/a -Hermano/a -Otro pariente -Amigo/a -Vecino/a -Desconocido/a -Cuidador -Otros	
		Conocimiento del abuso	-Familiares -Amigos -Vecinos -Cuidador -Otros	
	Patrimonial o	Forma y/o tipo de	-Tenencia de la propiedad/es	

	económico	<p>agresión</p> <p>-Dependencia económica</p> <p>-Control de ingresos</p> <p>-Utilización de los ingresos</p> <p>-Frecuencia de la agresión</p> <p>-Ocasional</p> <p>-Frecuente</p> <p>-Muy frecuente</p> <p>Relación de parentesco con el agresor</p> <p>-Cónyuge</p> <p>-Padre/Madre</p> <p>-Hijo/a</p> <p>-Nieto/a</p> <p>-Hermano/a</p> <p>-Otro pariente</p> <p>-Amigo/a</p> <p>-Vecino/a</p> <p>-Desconocido/a</p> <p>-Cuidador</p> <p>-Otros</p> <p>Conocimiento del abuso</p> <p>-Familiares</p> <p>-Amigo/a</p> <p>-Vecino/a</p>	
--	------------------	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> -Desconocido/a -Cuidador -Otros 	
	Abandono y Negligencia	<p>Forma y/o tipo de agresión</p> <p>Frecuencia de la agresión</p> <p>Relación de parentesco con el agresor</p>	<ul style="list-style-type: none"> -No administra cuidados o supervisión necesarias -La/o dejan sola/o -La/o asisten tardíamente -No toman medidas para evitar accidentes -Le descuidan el suministro de enceres. <ul style="list-style-type: none"> -Ocasional -Frecuente -Muy frecuente <ul style="list-style-type: none"> -Cónyuge -Padre/Madre -Hijo/a -Nieto/a 	

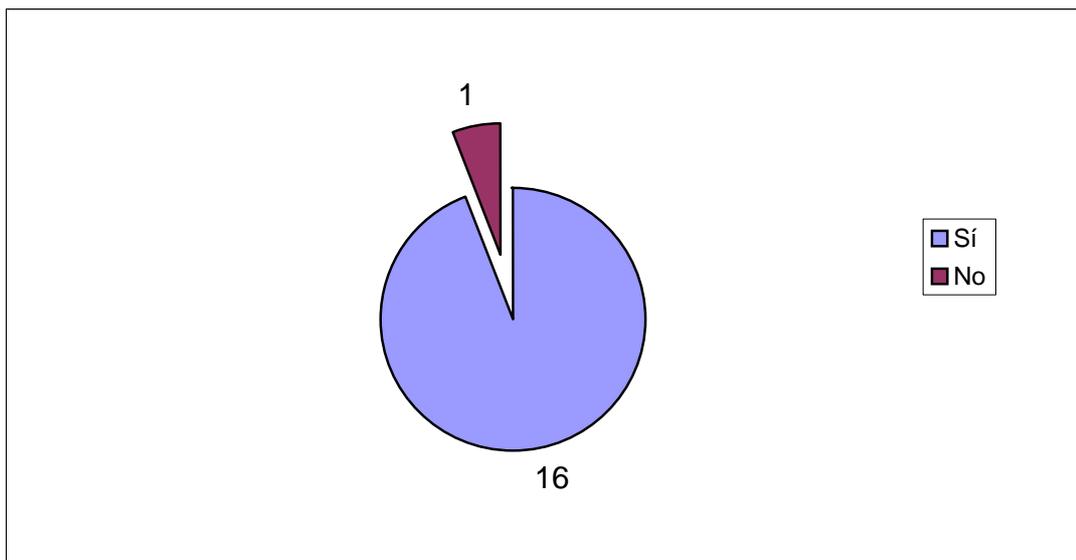
		Conocimiento del abuso	<ul style="list-style-type: none"> -Hermano/a -Otro pariente -Amigo/a -Vecino/a -Desconocido/a -Cuidador -Otros <ul style="list-style-type: none"> -Familiares -Amigo/a -Vecino/a -Desconocido/a -Cuidador -Otros 	
Opinión	<p>Proceso recepción o acogida</p> <p>Proceso de tratamiento</p>		<ul style="list-style-type: none"> -Favorable -Desfavorable -Indiferente no tiene opinión -Aceptación con reparos <ul style="list-style-type: none"> -Favorable -Desfavorable -Indiferente no 	

	Resultado del proceso		tiene opinión -Aceptación con reparos -Favorable -Desfavorable -Indiferente no tiene opinión -Aceptación con reparos	
--	------------------------------	--	---	--

ANEXO VI

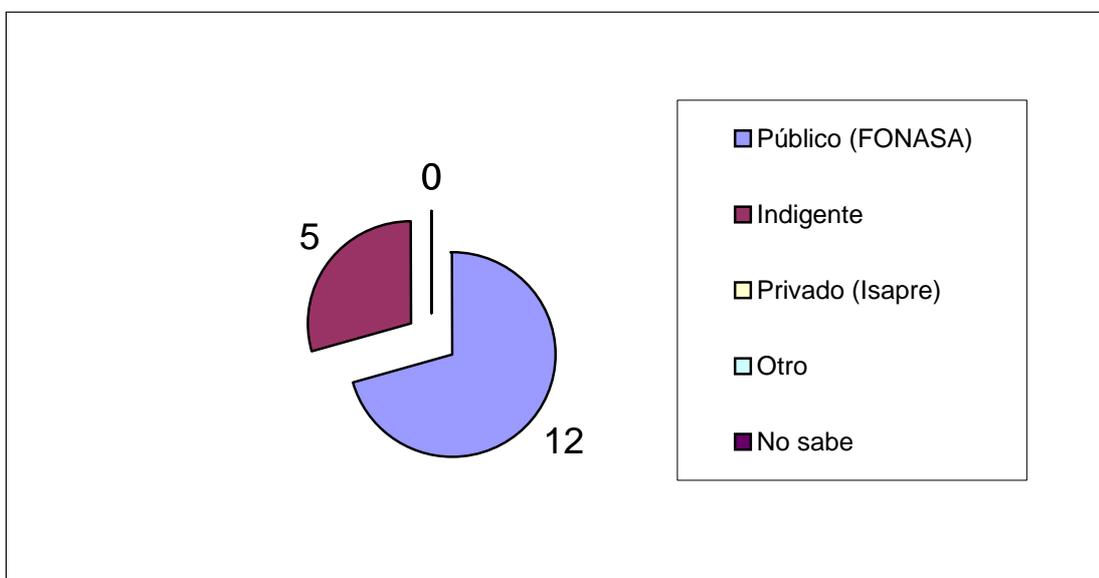
SALUD

Gráfico N°1
Control de enfermedades crónicas



Fuente: investigación directa.

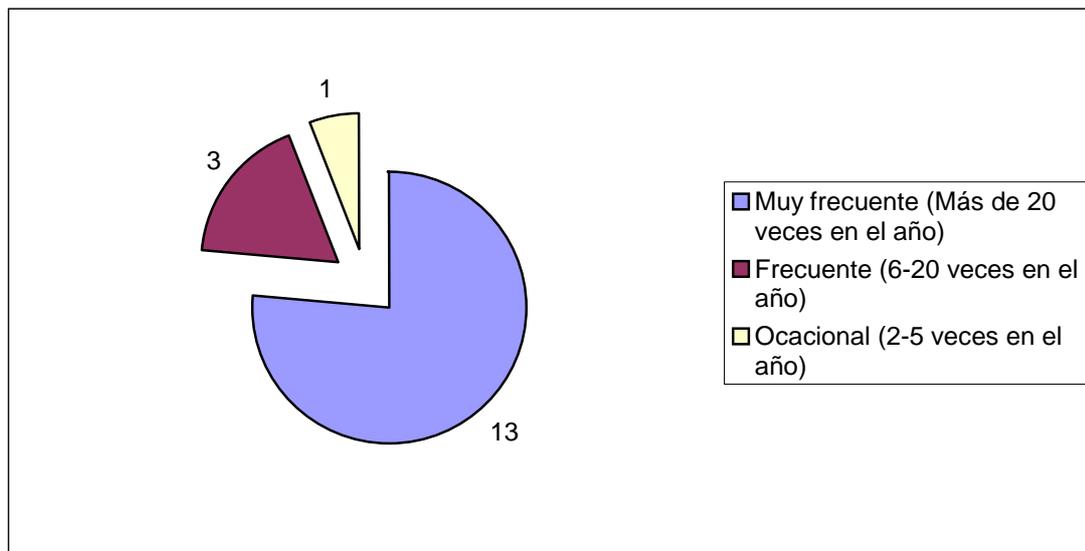
Gráfico N°2
Sistema de salud de los adultos mayores



Fuente: investigación directa.

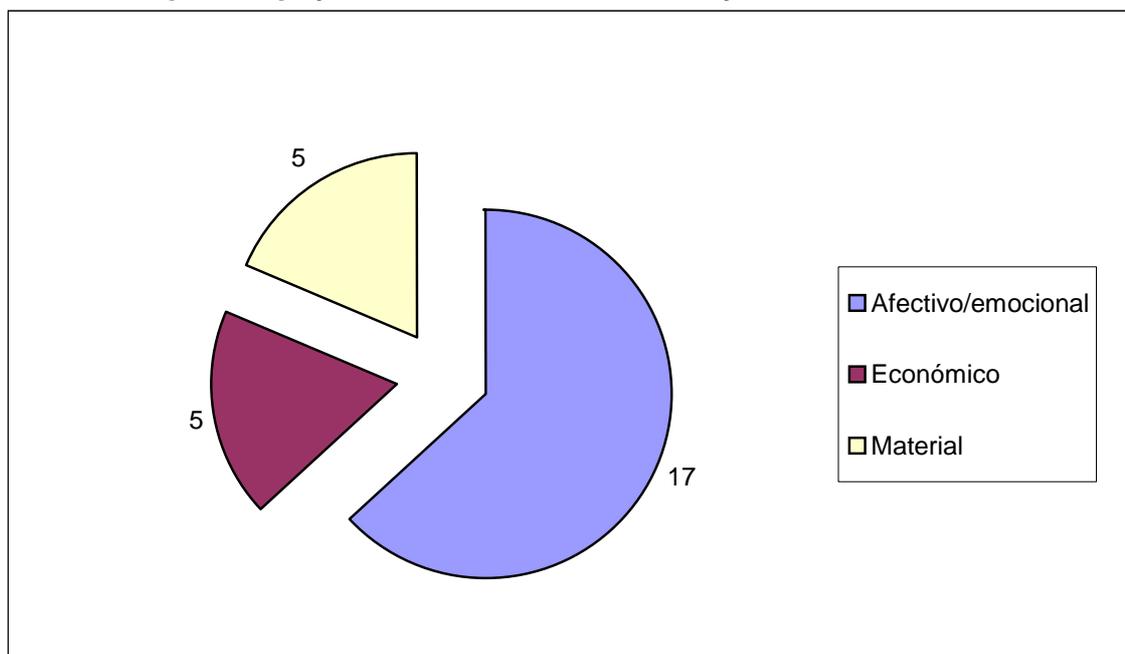
REDES SOCIALES

Gráfico N°3
Frecuencia de vinculación con redes sociales



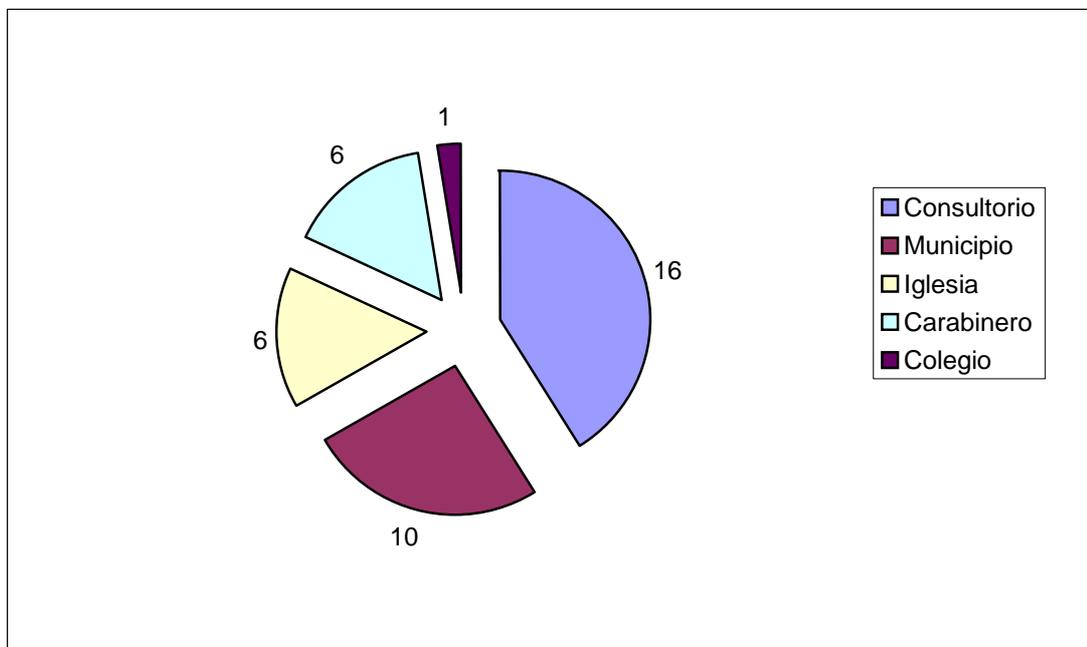
Fuente: investigación directa.

Gráfico N°4
Tipo de apoyo social de los adultos mayores en estudio



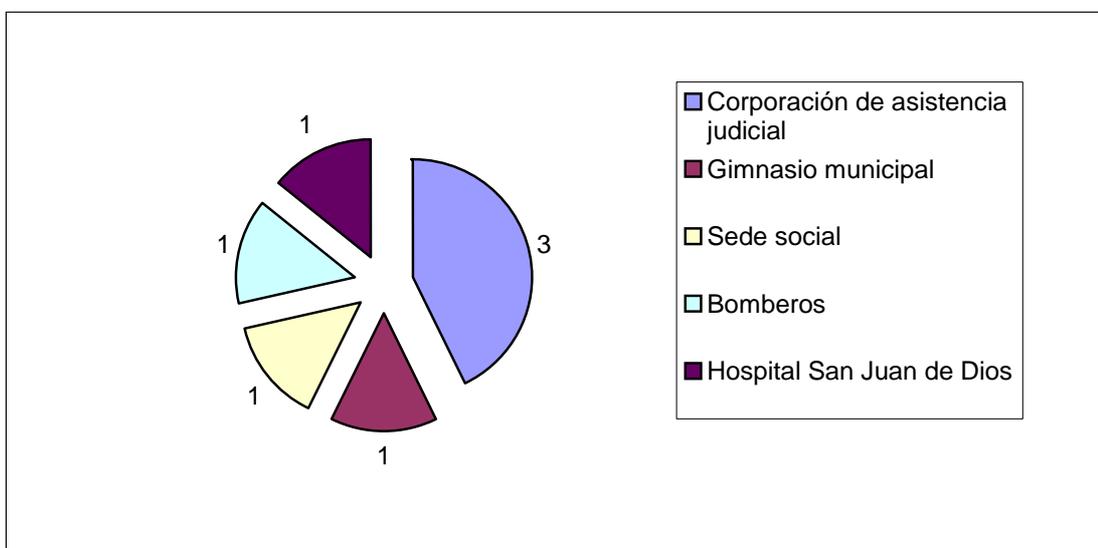
Fuente: investigación directa.

Gráfico N°5
Identificación instituciones de servicio



Fuente: investigación directa.

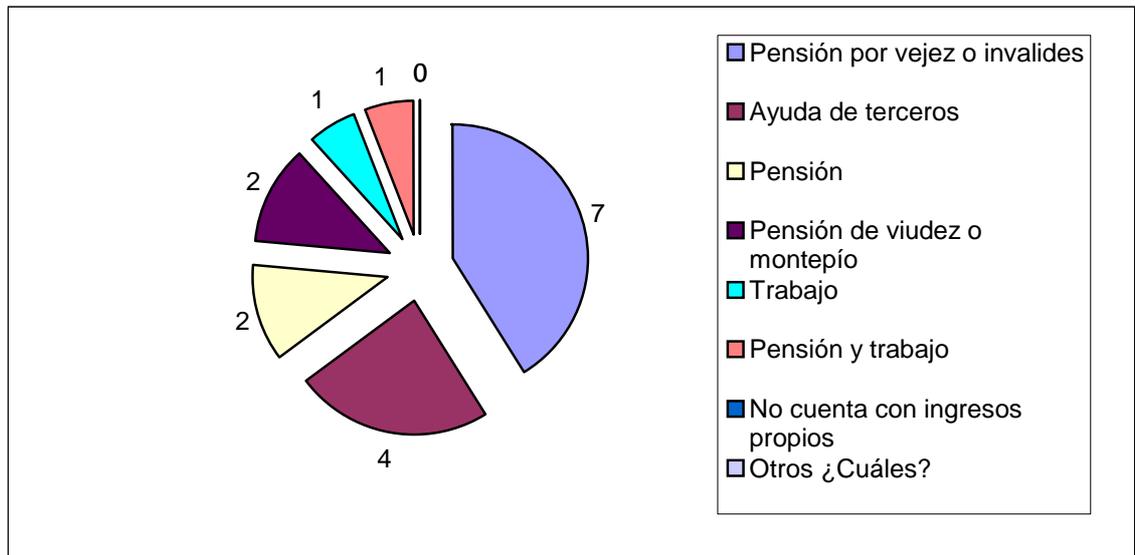
Gráfico N°6
Otras instituciones de servicio



Fuente: investigación directa.

ECONÓMICO

Gráfico N°7
Procedencia del ingreso de los adultos mayores

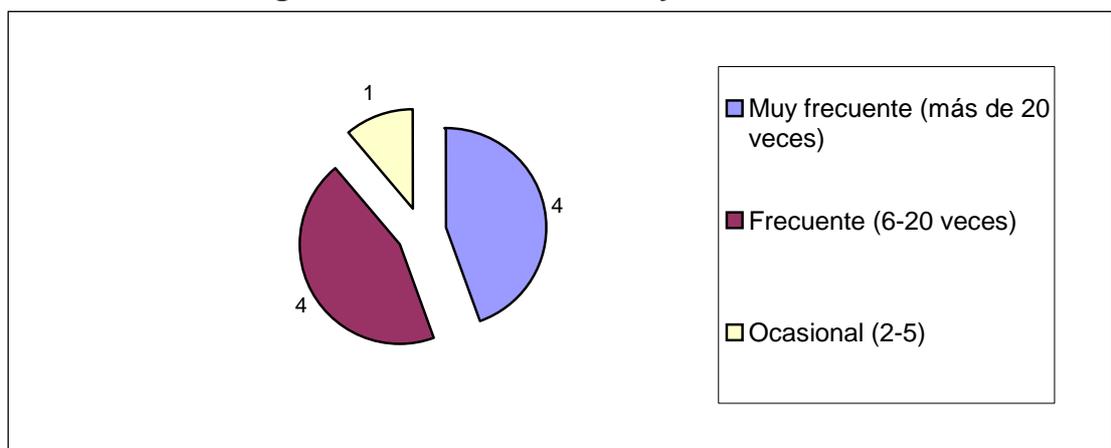


Fuente:
investigación directa.

MALTRATO

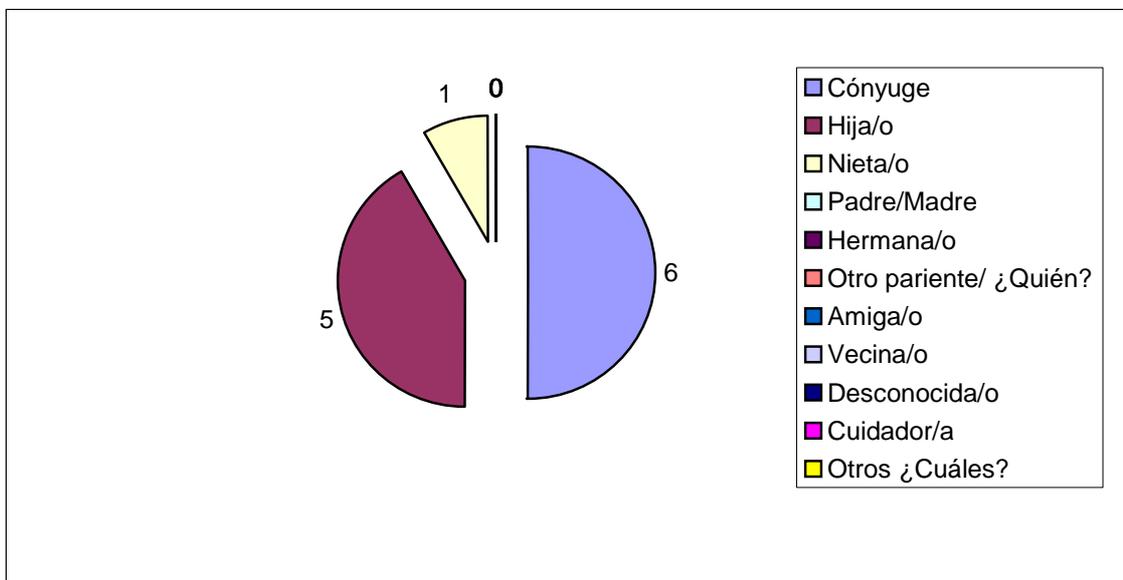
FÍSICO

Gráfico N°8
Frecuencia de la agresión de los adultos mayores en los últimos 12 Meses



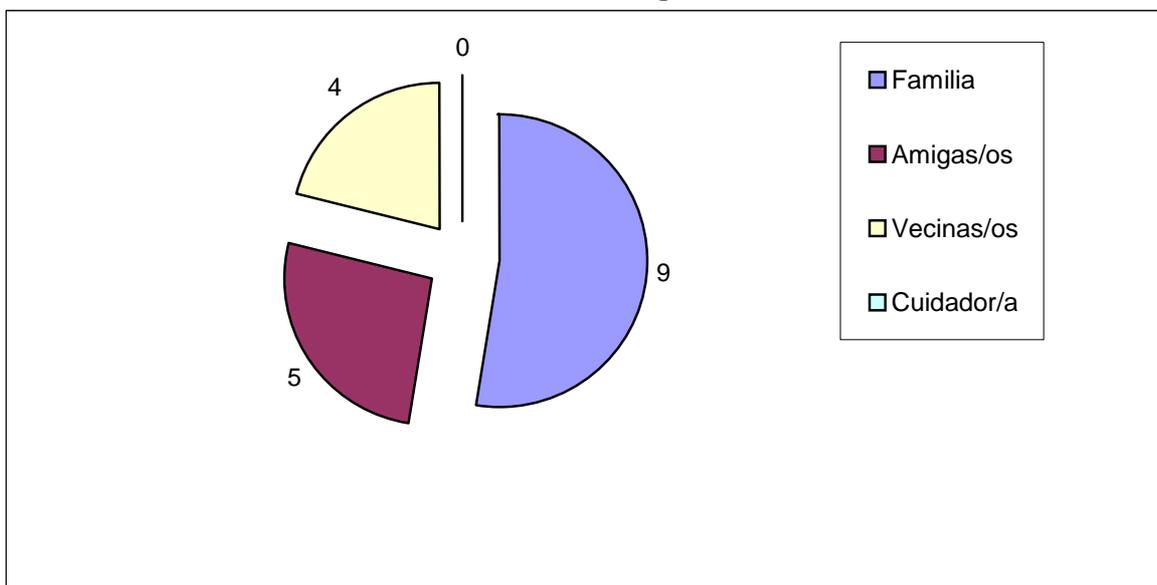
Fuente: investigación directa.

Gráfico N°9
Relación de parentesco con el agresor de los adultos mayores



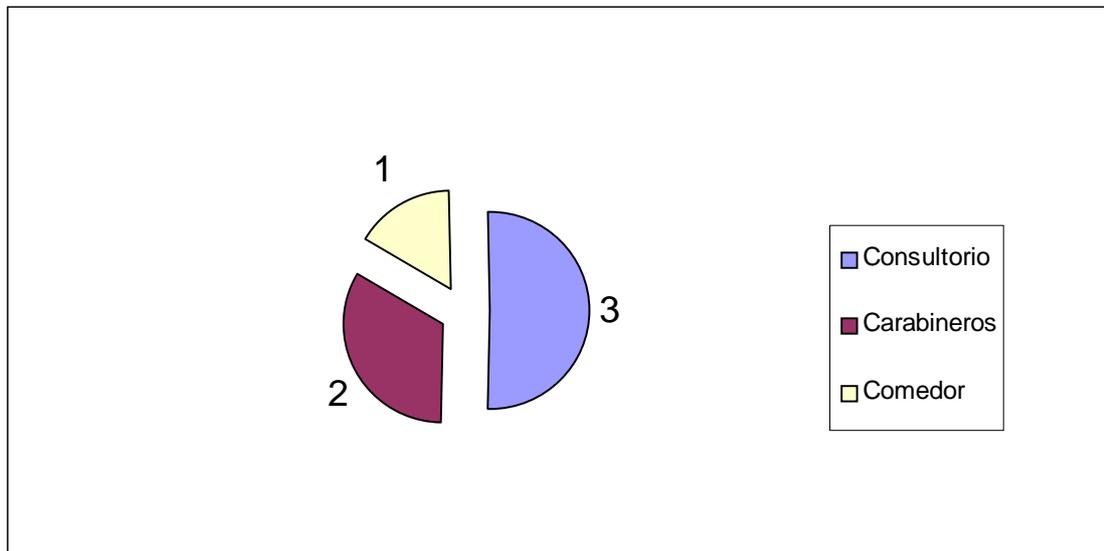
Fuente: investigación directa.

Gráfico N°10
Conocimiento de la agresión



Fuente: investigación directa.

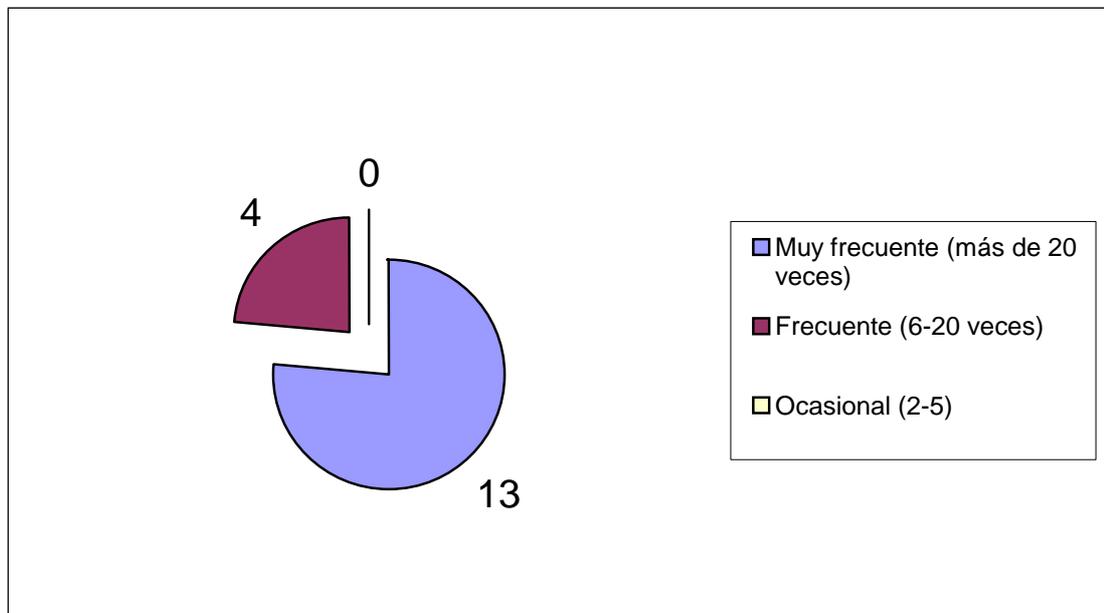
Gráfico N°11
Conocimiento de la agresión ¿otros?



Fuente: investigación directa.

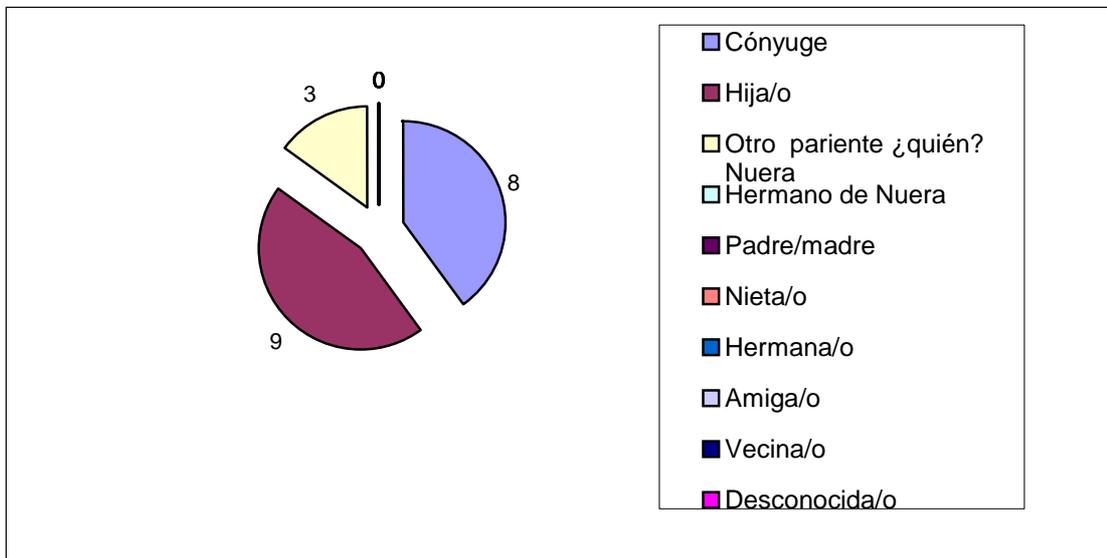
PSICOLÓGICO

Gráfico N°12
Frecuencia de la agresión de los adultos mayores los últimos doce meses



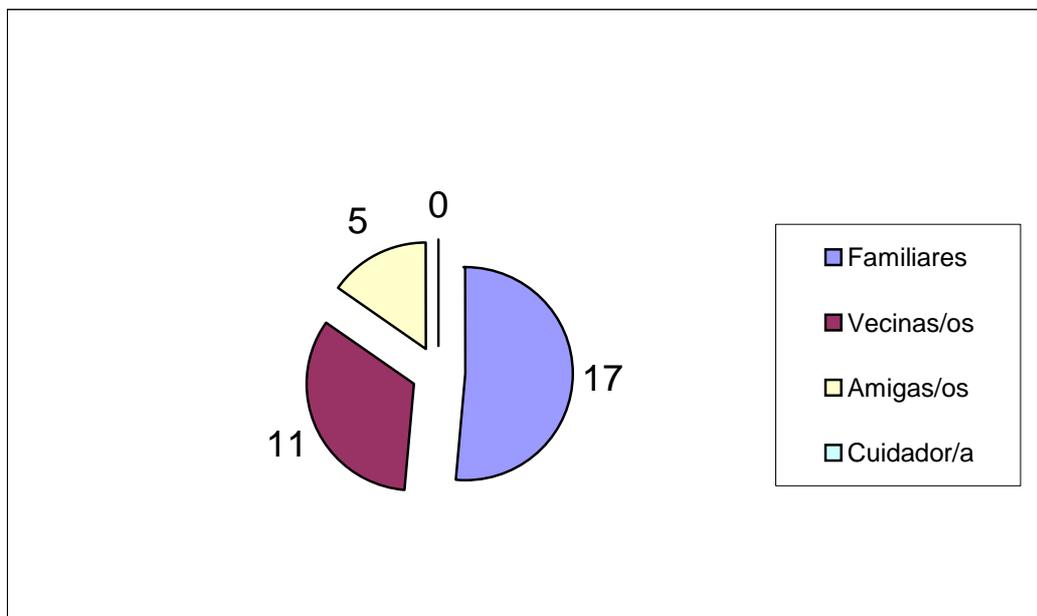
Fuente: investigación directa.

Gráfico N°13
Relación de parentesco con el agresor de los adultos mayores



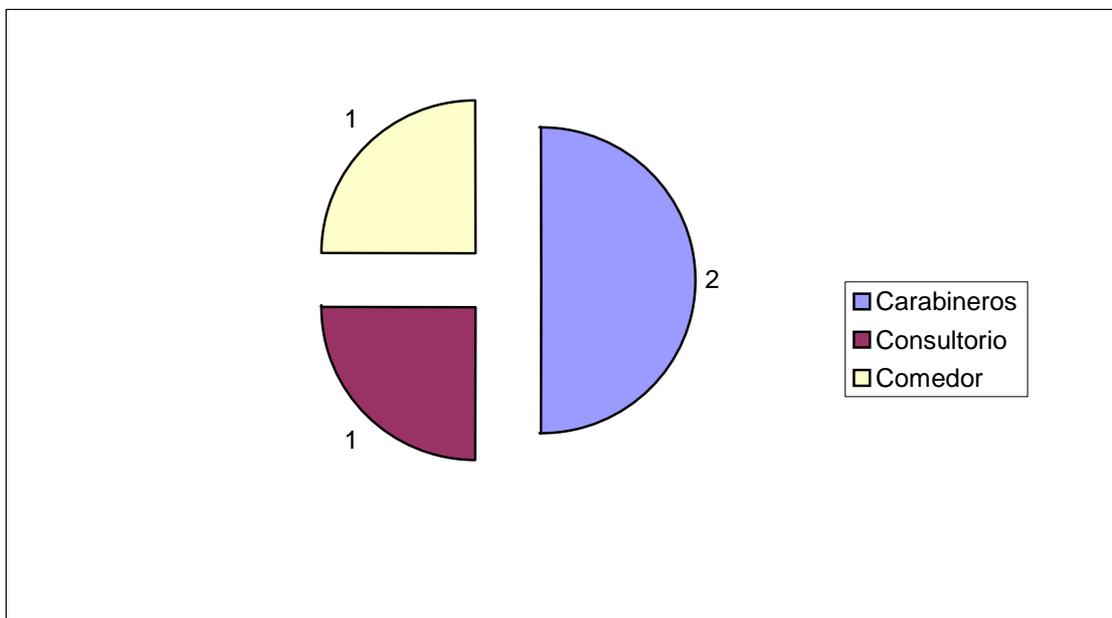
Fuente: investigación directa.

Gráfico N°14
Conocimiento de la agresión



Fuente: investigación directa.

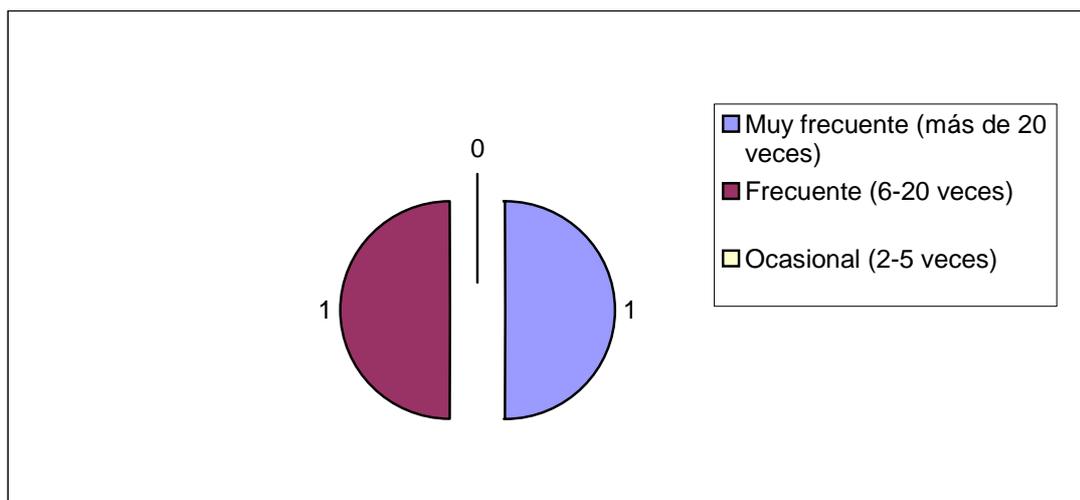
Gráfico N°15
Conocimiento de la agresión ¿otros?



Fuente: investigación directa.

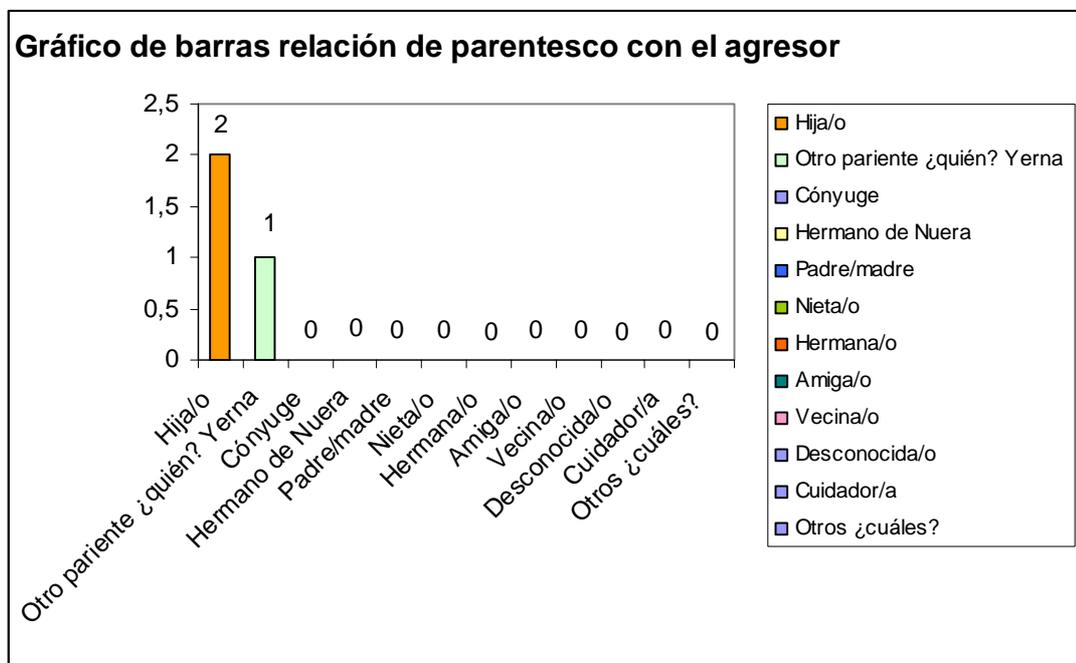
PATRIMONIAL O ECONÓMICO

Gráfico N°16
Frecuencia de la agresión



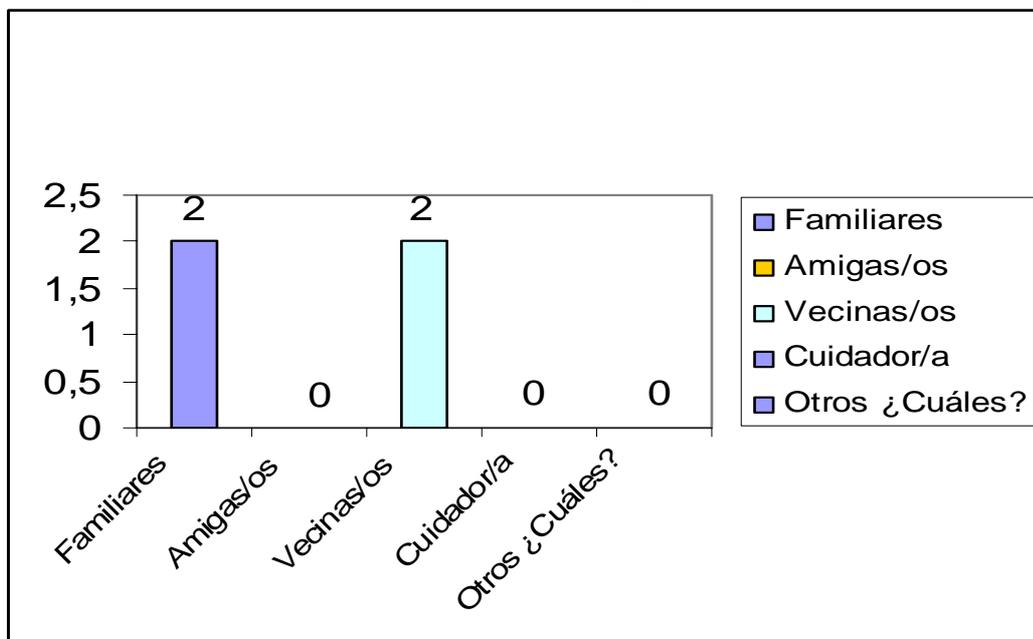
Fuente: investigación directa.

Gráfico N°17
Relación de parentesco con el agresor



Fuente: investigación directa.

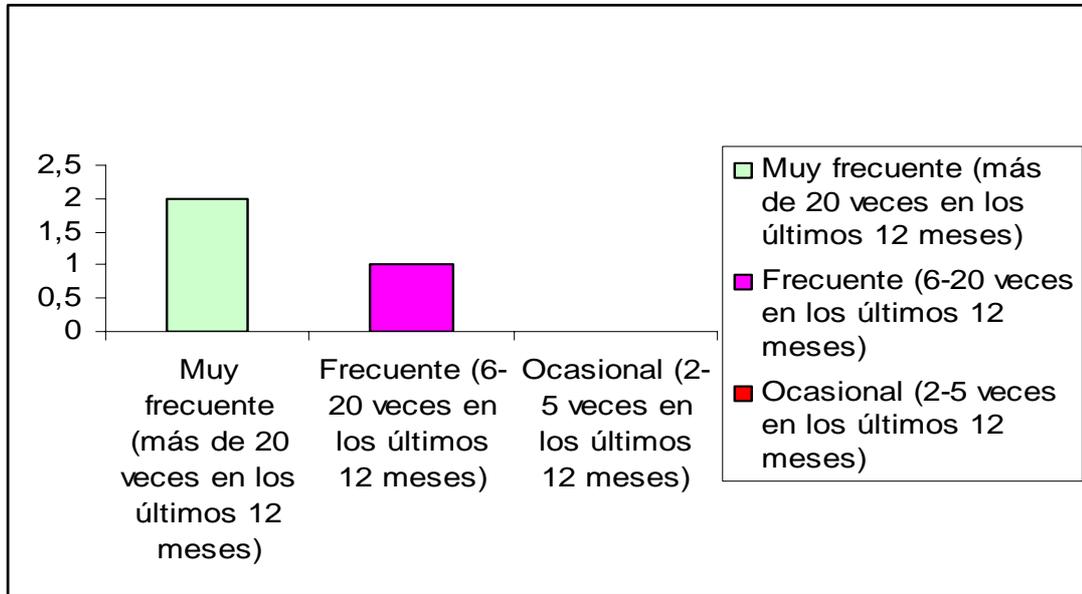
Gráfico N°18
Conocimiento de la agresión



Fuente: investigación directa.

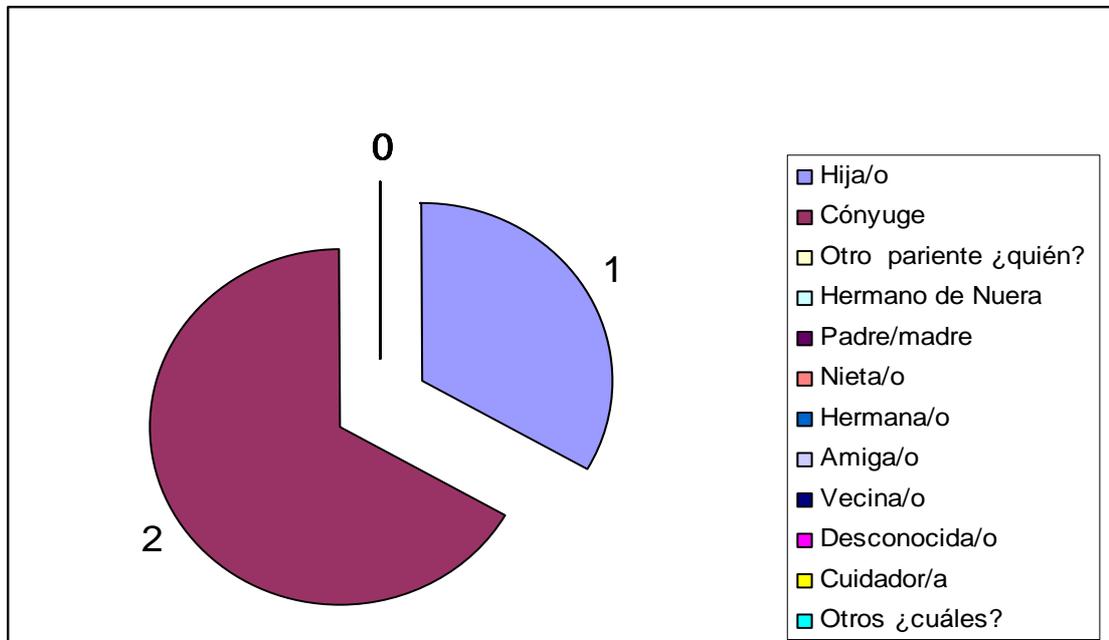
ABNDONO O NEGLIGENCIA

Gráfico N°19
Frecuencia de la agresión de los adultos mayores en estudio



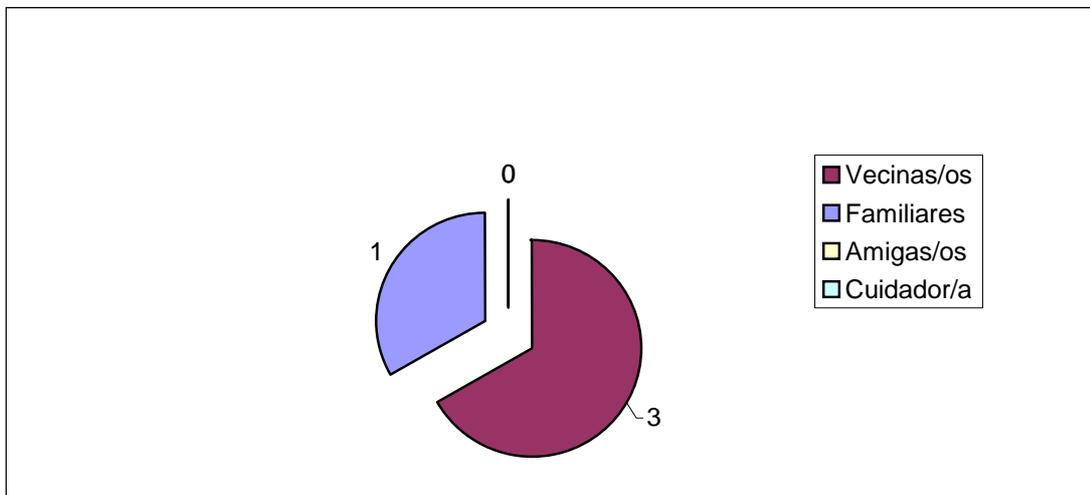
Fuente: investigación directa.

Gráfico N°20
Relación de parentesco con el agresor



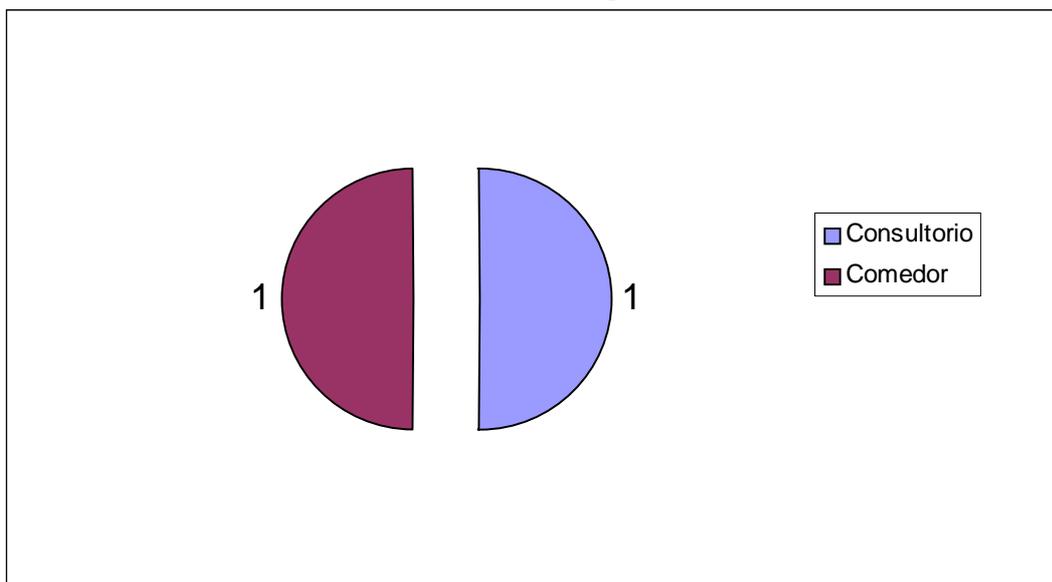
Fuente: investigación directa.

Gráfico N°21
Conocimiento de la agresión



Fuente: investigación directa.

Gráfico N°22
Conocimiento de la agresión otro



Fuente: investigación directa.