

Violencia contra el adulto mayor: un tema de responsabilidad social universitaria

Donovan Casas Patiño,* Alejandra Rodríguez Torres,**
Andréia Poschi Barbosa Torales***

RESUMEN

El adulto mayor es un grupo etario vulnerable a maltrato y violencia en diferentes expresiones y por diferentes actores. La teoría de violencia transgeneracional señala que la violencia familiar es heredada de generación a generación, perpetuando una cadena de maltratos. Los centros universitarios como unidades de formación y capacitación continua tienen responsabilidad social no sólo garantizando la atención asistencial para este grupo, sino también promoviendo políticas públicas incluyentes para disminuir la violencia hacia este grupo vulnerable fomentando la participación social para la búsqueda del buen vivir.

Palabras clave: Anciano, adulto mayor, viejo, participación social, responsabilidad universitaria.

ABSTRACT

The older adult is an age group vulnerable to abuse and violence in different expressions and by different actors. The theory of transgenerational violence indicates that family violence is inherited from generation to generation perpetuating a chain of abuse. The university centers as units of training and continuous training have a social responsibility not only guaranteeing care for this group, they also have it to promote inclusive public policies to reduce the violence towards this vulnerable group fomenting the social participation for the search of the good life.

Key words: Elderly, senior adult, old, social participation, university accountability.

INTRODUCCIÓN

La edad adulta mayor comprende un grupo identificado cronológicamente como tal, pero además este grupo tiene una caracterización económica, laboral, social, cultural, psicológica que varía según el país y la comunidad de donde se quiera estudiar o abordar cualquier tema relacionado. El concepto de adulto mayor tiene una definición enmarcada por el momento socio-histórico en el que se desarrolla, en el contexto actual postmoderno representa una etapa de olvido, soledad, miedo, estigmatización y estereotipos negativos al grado de sobrepasar creencias, normas y valores sobre este grupo etario. Los profesionales de la salud jóvenes y los que están en formación son y serán agentes de transformación hacia una concepción digna, respetable y plena de la edad adulta mayor y su participación y actuar velaría por el derecho a la vida plena y digna de los ancianos.

El adulto mayor en números

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos; así que toda persona que ha sobrepasado los 60 años de vida se le asigna indistintamente la categoría de persona de la **tercera edad, anciano o viejo**. La OMS considera anciano a toda persona mayor de 65 años en país desarrollado y de 60 años para los países en desarrollo, y además esto depende mucho de las re-significaciones culturales que se asimilan en el grupo social respecto a este grupo de edad.¹

La población adulta mayor representa un fenómeno de análisis y reflexión desde los puntos de vista económicos, políticos y sociales, existen algunos indicadores que es necesario mostrar para dar conteni-

* Universidad Autónoma del Estado de México – Centro Universitario Amecameca.

** Unidad de Medicina Familiar No. 73, Amecameca, IMSS.

*** Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente - Universidade Tiradentes - UNIT, Aracaju, Sergipe, Brasil.

do al contexto en el cual nos circunscribimos, de los cuales señalamos los siguientes:

- a) México cuenta con 11.7 millones de adultos mayores, lo que representa el 9.7% de la población total,² y para el 2050 representará el 21.5% de la población total (33 millones de adultos mayores).³
- b) La **tasa de crecimiento** de la población adulta mayor de 60 años mantendrá una tendencia constante del año 2000 al 2030 de 3.9.
- c) El **índice de envejecimiento** (población mayor de 60 años por cada 100 menores de 15 años) será de 30.9 adultos mayores.
- d) La **razón de dependencia demográfica de la vejez** es un indicador que muestra el número de personas mayores de 60 años por cada 100 personas de 15 a 59 años en 2010, aquí la población denominador es el grupo económicamente activo y sobre él se recargará el costo social de la población de los extremos de la vida, se estima que en el 2050 será de 50.0 personas mayores de 60 años por 100. Con esta información se reconoce que el gasto social que la población de adultos mayores representará para la población de 15 a 59 años, es muy alta.
- e) La **esperanza de vida** en 1930 era de 36.9 años, en 1990 de 70.6 años, en 2010 de 73.9 años y se espera que para el 2030 sea de 78.8 años.⁴
- f) La **esperanza de vida ajustada por discapacidad** (EVAD), indicador que nos habla de la mortalidad y discapacidad producida por las enfermedades y accidentes que aumenta al envejecer nos dice que habrá mayor sobrevivencia, pero será con algún tipo de discapacidad,⁴ muchos de ellos serán incapaces de realizar las **actividades básicas diarias** (ABVD) como: vestirse, comer, caminar, asearse, bañarse, controlar esfínteres (anal y vesical), dormir y descansar; así como **actividades instrumentales de la vida diaria** (AIVD) como: utilizar distintos sistemas de comunicación, movilidad en comunidad, manejo de dinero, cuidar de, responder ante emergencias, y **actividades avanzadas de la vida diaria** (AAVD) como: educación, trabajo, ocio, participación en grupos, viajes, deportes y contactos con amigos de la infancia/juventud/adulthood. Todas estas actividades están atadas al esquema básico de condición humana de cada individuo, además que están ligadas al entorno sociocultural, con solicitud de complejidad en el área cognitiva y motriz, lo que implica una condición ineludible de salud incompleta para poder desempeñar sin depender de los otros las actividades de la vida diaria, pero cabe mencionar además que la gran mayoría de ancianos, presentan un **deterioro cognitivo**, que agrava aún más la situación de canales de comunicación directos.
- g) El adulto mayor, tiene una razón de subsecuencia médica muy alta con respecto a población menor de 60 años, ésta se encuentra en 2.2; esto se debe

a la importancia del control subsecuente de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, etcétera). En 2009 se atendieron en todo el sistema de salud 3 609 631 pacientes mayores de 60 años, pero llama la atención que las consultas subsecuentes de adultos mayores fueron de 8 028 754 pacientes,⁴ que sumados en total nos da 11 638 385 consultas por mayor de 60 años –sólo contabilizando las consultas de la Secretaría de Salud–, esto equivale a casi 40% de adultos mayores en México, imaginar la carga de patología crónica la cual se multiplicará exponencialmente con el paso de cada año agregado a cada individuo mayor de 60 años, a esto le agregamos la presencia de nuevos casos por 100 habitantes: 32 204 de diabéticos, 58 494 de hipertensión, 20 841 de obesidad, 11 756 de dislipidemias y 16 366 de síndrome metabólico.^{4,5}

De esta manera podemos observar que la transición demográfica de México obliga a conocer que la realidad del anciano representa un desafío continuo de necesidades múltiples, y que a la vez requiere de una comprensión completa de las obligaciones básicas y elementales hacia este grupo. Desde un modelo médico hegemónico de combate, la edad avanzada representa una patología que requiere la intervención médico-curativa apegada a farmacología dejándonos como espectadores de la decadencia de una nula prevención en esta década de la vida, una efímera promoción de estilos de vida saludable para esta etapa de la vida, y una invisibilidad real en política social en la búsqueda de estilos de vida saludable para el adulto mayor.

Principios básicos de la violencia en el anciano

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el maltrato al anciano se define como «un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza». Para este organismo se trata de un tipo de violencia que constituye una violación de los derechos humanos, siendo un problema importante de salud pública pese a la subestimación de las tasas de prevalencia sobre todo en países en desarrollo.¹

La violencia hacia grupos vulnerables, siempre ha existido y ha determinado un comportamiento colectivo que transcurre en casi todas las etapas de la vida. La teoría de la violencia transgeneracional asegura que la violencia familiar es una conducta aprendida y pasará de generación en generación, así el niño violentado en útero, tendrá una conducta aprendida de violentar sin distinción de parentesco o ciclo de vida del familiar,⁶ y asimismo, se agrega la sobrecarga del cuidador y trastornos psicopatológicos del cuidador,⁷ la violencia implícita o explícita está inmersa en este grupo de edad, la cual se mantiene en invisibilidad.

La violencia o maltrato en el adulto mayor o anciano, ha sido clasificada por el *National Council on Aging* (2016), en siete formas de violencia que se deben indagar y combatir en esta etapa de la vida:

1. **Física**, cuando el cuidador causa daño físico, golpeando, empujando o abofeteándole.
2. **Emocional**, cuando el cuidador le grita, amenaza, usa palabras humillantes o ignora repetidamente; o impide que una persona mayor vea a sus amigos y parientes cercanos es otra forma de abuso emocional.
3. **Sexual**, cuando el cuidador fuerza a presenciar o ser parte de actos sexuales sin consentimiento al adulto mayor.
4. **Negligencia**, cuando el cuidador no responde a las necesidades del adulto mayor.
5. **Abandono**, cuando se deja sola a la persona mayor, sin hacer planes para que alguien la cuide.
6. **Financiero**, cuando al adulto mayor se le despoja de sus bienes inmuebles o cuentas bancarias, y puede haber presión de la familia para realizar algún tipo de cambio en el testamento, seguro de vida o títulos de propiedad.
7. **Misceláneos**, violación de los derechos de la persona en cuanto a su dignidad y autonomía, abuso médico y el político social -nula inclusión en políticas de estado, ausencia de medicamentos o médicos gerontólogos-.⁸⁻¹⁰

Existen muchos test clínicos y subclínicos,¹¹⁻¹⁸ para diagnosticar la violencia ejercida de cualquier tipo sobre este grupo de edad, muchas de las veces el anciano no denunciará este acto al servidor público -médico, enfermera, trabajador social, o familiares directos o indirectos-, la causa puede ser variada pero la principal es la represalia ejercida sobre su persona por parte del cuidador primario o victimización como acto final de una vida violenta.

La Guía de Práctica Clínica -2013- para la detección y manejo del maltrato en el adulto mayor en primer nivel de atención,^{19,20} invita a tipificar el maltrato, y hecho ya el diagnóstico, canalizar multidisciplinariamente al adulto mayor a: trabajo social para obtención de orientación, a instancias legales, organismos protectores del adulto mayor maltratado, psicología o psiquiatría, otorgamiento de servicios domiciliarios, tutela de servicios sociales, las cuales no existen en la práctica diaria. No se cuenta con un censo nacional de actos violentos al adulto mayor, procesos, tutorías o dictámenes cautelares de violencia en ancianos. La gravedad aumenta al percatarse que el organismo INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores), sólo se concreta exclusivamente a la: asesoría y orientación legal, asesoría psicológica y extender credenciales de la tercera -DIF-, así el anciano, viejo o adulto mayor sobrelleva su cautelar castigo por no contar con la ayuda debida por ausencias que se reproducen por el mismo **ageísmo político-social**.

Responsabilidad universitaria: para un bien común

Las universidades como centros de formación y capacitación continua, tienen la responsabilidad de externar acciones que promuevan la superación de esta violencia a través no sólo del modelo médico-asistencialista, sino también promoviendo políticas incluyentes, un modelo intervencionista preventivo de la violencia, e integrar a lo largo y ancho del país modelos que puedan responder a la necesidad real del adulto mayor.

Es así que la responsabilidad universitaria puede enmarcar el conocimiento de hombres y mujeres que integran una sociedad que está urgida de estándares de unión e identidad, en estos lugares los valores universales son parte fundamental de esta formación continua, además estos centros formativos están para resolver la problemática real del país apegados al conocimiento científico como método de análisis a través de iniciativas puntuales e innovadoras. Los centros universitarios o de formación universitaria, son los principales creadores de individuos que por su integración del conocimiento debieran lograr una **mejoría social** o la búsqueda del **bien común** o **buen vivir para todos**, es así que el nivel de desarrollo de una sociedad se mide a partir de actividades de sus miembros respecto a una situación o problemática real, la cual se puede resolver a través de la democracia donde su brazo articulador es la **participación social**. Tocqueville afirmaba que en una democracia real el pueblo elige a sus gobernantes, y estos gobernantes son controlados por el propio pueblo, esto es traído a este texto, porque al parecer los **centros universitarios o de formación universitaria**, están en un letargo a los pies gubernamentales, a expensas de un presupuesto que cada día se recorta a nivel educativo, es por esto que la **participación social**, sería parte fundamental de un movimiento intelectual dentro de las propias aulas. Es momento de que nuestros alumnos realicen un contagio de intelectuales de sociedad participativa, y no continuemos con la vorágine mercantilista en formación del mercadeo formativo, debemos contrarrestar y volvernos la punta de lanza de una nueva formación de intelectuales, que puedan a través del conocimiento transdisciplinar y la **participación social**, infectar a todo el colectivo de unión e identidad social, debemos ejercer con derecho constitucional en esta democracia virreinal, nuestra actividad voluntaria de asociación en la construcción de un mejor capital social, en la búsqueda de la conformación de un tercer sector hacia una transformación de las instancias de gobiernos en acuerdo con la sociedad civil.

El sector universitario, en sus diferentes áreas disciplinares puede ofrecer alternativas coherentes y reales a este grupo etario en la dimensión de la violencia desde un enfoque transdisciplinar y no sólo paliativo. Este ensayo deja a reflexión algunos puntos sobre esta problemática: 1) incorporación de áreas disciplinares

del adulto mayor en currículos de las licenciaturas no sólo del área de la salud sino también en las sociales y tecnológicas, así tendremos profesionistas con responsabilidad social capaces de vislumbrar al adulto mayor en esta dimensión; 2) difundir en los diferentes sectores sociales la Norma Oficial Mexicana 046 que hace referencia a violencia familiar, y así mismo hacer su actualización en el adulto mayor; 3) hacer de práctica y uso en diferentes sectores de impartición de justicia y de salud la Guía de Práctica Clínica para detectar y manejar el maltrato en adulto mayor, contando con profesionales del área detectada y contando además con organismos reales de ayuda al adulto mayor, con esto evitaremos la violencia de incuria estructural; 4) fundamentar la creación de lugares de retiro por edad a cargo del estado en asociación con expertos en las áreas disciplinares del adulto mayor; 5) crear la conciencia social del anciano como referente cultural de nuestra sociedad, por parte de vías de comunicación social de las universidades (mass media), 6) incrustar en los colectivos la idea de que todos envejecemos, nuestro actuar es relevante para la búsqueda de un envejecimiento saludable a través de promoción y educación de estilos de vida saludable, 7) fomentar la **participación social** en universidades para búsqueda de buen vivir en nuestra sociedad planetaria.

Agradecimientos

A todos los profesores de todas la universidades que buscan la integración de un **mundo global** donde el **buen vivir** es la praxis del alumno hacia la sociedad, continuemos pero nunca atados a un precepto de tinte económico que controle nuestra vocación.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra, Suiza: 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre)*. Boletín Informativo Nacional. Aguascalientes, Aguascalientes, México: 2014. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>
- González KD. *Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas*. En: Situación demográfica de México 2015. México: Consejo Nacional de Población (CONAPO); 2015. pp. 113-129. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2701/1/images/06_envejecimiento.pdf
- SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD. *Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010*. México: Secretaría de Salud; 2011. Disponible en: https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p_epi_del_adulto_mayor_en_mexico_2010.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Estadísticas históricas de México*. Tomo II. 4a edición, primera reimpresión. México: INEGI; 2000. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/historicas/EHMII1.pdf
- Belmonte N. Variaciones sobre la Violencia, *Psicol Iberoam*, 1995; 3 (3): 9-10.
- Anglin D, Schneider D. *Elder abuse and neglect*. En: Marx J, Hockberger R, Walls R. Rosen's emergency medicine. Volume 2. 8th edition. Philadelphia, USA: Elsevier; 2013. pp. 885-892.
- Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders, *Age Ageing*, 2013; 42 (3): 292-298.
- Bond MC, Butler KH. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening, *Clin Geriatr Med*, 2013; 29 (1): 257-273.
- Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice, *Can Fam Physician*, 2012; 58 (12): 1336-1340.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J Psychiatr Res*, 1975; 12 (3): 189-198.
- Sheikh JI, Yesavage JA. *Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version*. En: Brink TL, editor. Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention. New York: The Haworth Press; 1986. pp. 165-173.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living, *Gerontologist*, 1969; 9 (3): 179-186.
- Geroff AJ, Olshaker JS. Elder abuse, *Emerg Med Clin North Am*, 2006; 24 (2): 491-505.
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzabeitia I. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular, *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1993; 28: 32-40.
- Ibarra MI. *Maltrato de personas en la familia en España*. Valencia, España: Edit. Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia (centro Reina Sofía); 2008.
- Muller M, Bitondo C. *Elder abuse, neglect and exploitation*. In: Duthie EH, Katz PR, Malone ML. Practice of Geriatrics. 4th ed. Philadelphia, USA: Saunders; 2007.
- Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines, *BMJ*, 1999; 318 (7183): 593-596.
- Rodríguez R, Lazcano G. *Práctica de la geriatría*. 2a ed. México: Editorial McGraw Hill; 2011.
- Guía de Práctica Clínica. *Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor en Primer Nivel de Atención*. México: Secretaría de Salud; 2008.

Correspondencia:
Dr. Donovan Casas Patiño
 E-mail: capo730211@yahoo.es