

**Universidad Pedagógica Experimental Libertador  
Vicerrectorado de Investigación y Postgrado  
Instituto Pedagógico “Rafael Alberto Escobar Lara”  
Subdirección de Investigación y Postgrado**

## **ESTADO FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR, FACTOR DE RIESGO DE VIOLENCIA PERVERSA**

**Autores: Dafne Astrid Gómez Melasio**

dafne.pg@hotmail.com

*Facultad de Enfermería US, Universidad Autónoma de Coahuila  
Saltillo, Coahuila, México*

**Jesús Acevedo Alemán**

jesusaceve@hotmail.com

*Facultad de Trabajo Social US, Universidad Autónoma de Coahuila  
Saltillo, Coahuila, México*

**PP. 120-153**



## Estado Funcional en el Adulto Mayor, Factor de Riesgo de Violencia Perversa

**Autores: Dafne Astrid Gómez Melasio**

dafne.pg@hotmail.com

*Facultad de Enfermería US, Universidad Autónoma de Coahuila  
Saltillo, Coahuila, México*

**Jesús Acevedo Alemán**

jesusaceve@hotmail.com

*Facultad de Trabajo Social US, Universidad Autónoma de Coahuila  
Saltillo, Coahuila, México*

**Recibido:** Agosto 2019

**Aceptado:** Noviembre 2019

### Resumen

La violencia en la actualidad se presenta en diversas escalas y prácticas, incluso es cada vez más sutil y artesanal en sus formas. Particularmente los Adultos Mayores se ven expuestos a prácticas agresivas en formas tan sutiles de agresión, que se pueden considerar hasta perversas; entendidas como formas de agresión caracterizadas por la dominación, manipulación o cualquier otra práctica intimidatoria, representada por agresiones sutiles, las cuales no dejan un rastro tangible, marcas visibles físicas o heridas (Hirigoyen, 2006). En tal sentido, la presente investigación tiene como propósito conocer el estado de funcionalidad de 102 adultos mayores que radican en el Área Geoestadística Básica (AGEB) 223A de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México para comprobar si éste influye en la presencia de prácticas o manifestaciones de violencia perversa de las cuales pueden ser víctimas (Acevedo, 2015).

**Palabras clave:** Adulto mayor, Estado funcional, Violencia perversa.

### Functional Status in the Elderly, Risk Factor for Perverse Violence

#### Abstract

Violence currently occurs on various scales and practices, it is even increasingly subtle and artisan in its forms. Older Adults in particular are exposed to aggressive practices in such subtle forms of aggression that they can even be considered perverse; understood as forms of aggression characterized by domination, manipulation or any other intimidating practice, represented by subtle aggressions, which do not leave a tangible trace, visible physical marks or wounds (Hirigoyen, 2006). In this sense, the purpose of this research is to determine the functional status of 102 older adults residing in the Basic Geostatistical Area (AGEB) 223A in the city of Saltillo, Coahuila, Mexico to check whether this influences the presence of practices or manifestations of perverse violence of which they can be victims (Acevedo, 2015).

**Key words:** Older adult, Functional state, Perverse violence.



## Introducción

El número de Adultos Mayores (AM) en nuestra sociedad y el problema de violencia crecerán a la par si no se genera una cultura que lo detecte y atienda, ya que en la actualidad existe un incremento de AM en el mundo. El número de personas mayores de 60 años es dos veces superior al que había en 1980, entre 2015 y 2050 la proporción de AM pasará de aproximadamente el 12% al 22%, se espera que el número absoluto pase de 900 millones a dos mil millones. Para este año, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años y se prevé que para el 2050 habrá 434 millones de personas de 80 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En México de acuerdo a la Encuesta Intercensal del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2015 la población de AM era de 10.4%, es decir 12 millones 436 mil 321 adultos mayores, y según las proyecciones del Consejo Nacional de la Población (CONAPO) para el año 2030 la población de AM representará el 14.6% (20 millones 14 mil 853 personas) de la población total del país (Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL], 2017). El estado de Coahuila tiene aproximadamente 234 mil AM que equivale al 8.5% de la población total del estado (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2015).

Se calcula que para el año 2030 el 17.5% de la población del estado tendrá 60 años o más y para el 2050 aumentará a un 28% (Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza y Secretaría de Salud Coahuila [SSA], 2012). Mientras que en el municipio de Saltillo, entidad del estado de Coahuila, según el INAPAM (2015) el 7.8% de la población (56 mil 560 personas) tenían 60 años o más, sin embargo, en la actualidad dicha cifra debe ser más elevada. Todo lo anterior se debe en gran medida al aumento de la esperanza de vida. Es importante recalcar que conforme avanza la edad aumentan las limitaciones para realizar diversas actividades, afectándose así su estado funcional (SSA, 2012).

### ***Estado Funcional***

Se entiende por estado funcional la suma de capacidades para realizar por sí mismo actividades indispensables para satisfacer sus necesidades (Bejines et al., 2015). Se considera importante evaluar o conocer el estado funcional de los AM, ya que se conoce

que durante el proceso natural de envejecimiento se debilita la función física y cognoscitiva sensorial, lo cual conducirá al deterioro de las capacidades funcionales, siendo ineludible que con el paso del tiempo éstas se vean afectadas. No obstante, la edad no es el único responsable del deterioro de las capacidades funcionales y del estado de salud, pues el estado de salud del AM es el resultado de todo un período de vida, donde se acumulan procesos multifacéticos que incluyen hábitos y estilos de vida. Los malos hábitos y estilos de vida los hacen susceptibles a múltiples patologías, que afectarán su estado funcional (González, Massad, & Lavanderos, 2010; Manrique, Salinas, Moreno, & Téllez, 2011).

Asimismo, el estado funcional se ve afectado por la confluencia de varios factores y determinantes biopsicosociales que traen consigo la pérdida de la independencia. A medida que avanza el grado de deterioro de la capacidad funcional en el AM, aumenta el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, el consumo de fármacos, el riesgo de institucionalización y la necesidad de recursos sociales en función de estos (García, Prades, Fernández, Legrá, & Zayas, 2013). Conforme avanza el grado de dependencia aumentan las exigencias del cuidado y la necesidad de una persona que supla las actividades. Exponiendo a riesgos a ambas partes, AM y persona encargada de ayudarlo o del cuidado (Félix, Aguilar, Martínez, Ávila, Vázquez, & Gutiérrez, 2012).

### ***Violencia Perversa***

Dentro de los riesgos presentes hacia el AM se encuentra la violencia ejercida por la persona que ayuda o reemplaza aquellas actividades que el AM ya no puede realizar, La violencia se da a causa de las consecuencias que experimenta la persona encargada del cuidado por la demanda de atención y tiempo de la persona mayor. Las consecuencias que experimenta el cuidador suelen clasificarse según el área afectada, como la salud física y mental, al presentar estrés, estados de ánimos bajos, pérdida de sensación y control de autonomía, depresión, sentimiento de culpa, frustración y ansiedad; otra de las áreas afectadas suele ser la situación económica, por requerir adaptar la vivienda, contratar una persona que ayude en el cuidado, cubrir costo de tratamientos o incluso dejar el trabajo por un tiempo indefinido. El área de las relaciones sociales también puede verse afectada, debido a la reducción de tiempo libre, interfiriendo así en el

establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales, como en la calidad de éstas y en la participación en actividades de interacción (Roger, 2010).

Cuando una o varias de las consecuencias mencionadas se encuentran presentes, la actitud de la persona encargada del cuidado cambiará y será entonces donde el AM pueda ser víctima de violencia (Chokkanathan, 2015). Johannsen (2013) propuso cuatro categorías de factores de riesgo como, factores de riesgo del cuidador o violentador: colapso del cuidador, enfermedad psiquiátrica, uso de sustancias y dificultades financieras o desempleo; factores de riesgo del AM: dependencia funcional, deterioro cognoscitivo, conducta agresiva, insuficientes recursos financieros, enfermedad psiquiátrica, sexo femenino, edad avanzada, aislamiento social e historia familiar de violencia; factores de riesgo ambientales y familiares: familia disfuncional o relaciones conflictivas, aislamiento social y red de apoyo deficiente; factores de riesgo de maltrato institucional: inadecuada capacitación, experiencia y supervisión de los cuidadores, escasez de personal, salarios bajos, síndrome de fatiga laboral y transferencia negativa del personal.

De entre todos los mencionados, el estado funcional, específicamente la dependencia funcional es uno de los más importantes, e incluso una teoría sobre la existencia de violencia (Anglin & Schneider, 2009; Adams, 2012; Arenas & Mora, 2012). La violencia ejercida por la familia se remonta a la antigüedad, se describió por primera vez en 1975 en las revistas científicas británicas empleando el término “granny battering”, traducido como “abuelita golpeada”. Fue el Congreso de los Estados Unidos el primero que abordó este tema en cuestión social y política, posteriormente lo hicieron los investigadores y los profesionales. En los años ochenta se informó de investigaciones científicas y medidas de gobierno en Australia, Canadá, China (la RAE de Hong Kong), Estados Unidos, Noruega y Suecia y en el decenio siguiente en Argentina, Brasil, Chile, India, Israel, Japón, Reino Unido, Sudáfrica y otros países europeos (OMS, 2003). Aunque la violencia se identificó por primera vez en los países desarrollados, donde se han realizado la mayoría de las investigaciones existentes, los hechos anecdóticos y la información procedente de algunos países en desarrollo han demostrado que se trata de un fenómeno universal (OMS, 2003).

Es importante resaltar que existen diversas formas de violentar, las cuales han ido evolucionando debido a que las campañas de prevención y atención contra la violencia han contribuido a que la población esté más informada, pero han incidido en que ésta se vuelva imperceptible y en ocasiones hasta invisible, debido a que el agresor también se capacita para llevar a cabo técnicas de violentar que pasen desapercibidas y no sean identificables ante los demás (Acevedo, 2015). Tal es el caso de la violencia perversa, entendida como el conjunto de prácticas hostiles, presentes de manera sutil y en ocasiones imperceptibles, construida a través de las denigraciones y ofensas continuas y perpetuas (Acevedo, 2015). Esta noción de violencia perversa fue introducida por la Francesa Marie France Hirigoyen en 1995, quien lo explica como una violencia psicológica sutil que se ejerce con el propósito de dominación, control o destrucción hacia otra persona.

### **Marco Teórico**

De acuerdo con la guía de práctica clínica de detección y manejo del maltrato en el AM (Sistema Nacional de Salud, 2013), los profesionales de la salud, por tratarse del primer y más prolongado contacto, tiene un papel importante en el reconocimiento de este problema, sin embargo, están poco sensibilizados y capacitados para identificar a un AM violentado, lo creen inherente a la edad y al contexto cultural.

Sobre todo, en el caso de la violencia perversa por tratarse de prácticas difíciles de identificar, y que precisamente es lo que la hace perversa, la actitud de la persona de idear estrategias que no sean notorias para el resto de las personas, incluso para el mismo agredido. Pareciera que este tipo de violencia no generara ningún daño, cuando en realidad los daños psicológicos que trae consigo pueden ser de por vida, construyendo lo que se conoce como acoso moral, es decir una repetición frecuente, intencionada, indirecta e invisible de formas de agresión sutiles pero efectivas (Hirigoyen, 2012). Según Sánchez (2019) puede llegar a hacer pedazos a una persona, produciendo hasta un asesinato psicológico en toda magnitud.

Los daños psicológicos que ocasiona la violencia favorecen la aparición de síntomas depresivos, aislamiento, sentimientos de impotencia, baja autoestima, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, mayor pérdida de autonomía y estrés, lo cual aumenta el

ingreso frecuente de los AM al sistema hospitalario, la demanda constante de atención médica por la presencia de distintas enfermedades y el riesgo de muerte (INAPAM, 2014). En el mismo sentido, Dong, Simon y Evans (2012) señala que los AM violentados tienen una tasa de mortalidad más alta y una menor esperanza de vida que aquellos que no lo son. La OMS (2018) declara que los AM víctimas de violencia tienen una probabilidad de morir dos veces mayor que aquellos que no refieren violencia.

Estas prácticas se dirigen a la población vulnerable, definida culturalmente como la más débil, ya que se encuentran en desventaja frente al resto por su condición o calidad de vida, ubicándolos en un rango de inferioridad jerárquica (Enamorado, Rodríguez, & Cancino, 2013). Se niega la existencia de violencia perversa, por tratarse de prácticas de dominación, manipulación o cualquier otra práctica intimidatoria, representada por agresiones sutiles, las cuales no dejan un rastro tangible, marcas visibles físicas o heridas (Hirigoyen, 2006). Enamorado, Rodríguez y Cancino (2013) expresaron que la sociedad reconocerá su existencia a partir de los efectos materiales o secuelas físicas.

Los recursos sociales para dar solución a este problema son escasos y no existe una intervención interdisciplinaria en estos casos, se requiere que los profesionales de la salud puedan disponer de información sintetizada, organizada y actualizada para poder detectar, prevenir y actuar ante esta problemática. Es necesario estandarizar, educar y difundir conocimientos relacionados a la detección y el manejo de la violencia perversa. El reto es coadyuvar a la prevención, detección, atención, disminución y erradicación de la violencia (Sistema Nacional de Salud, 2013). Giraldo del Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) manifestó que México requiere de políticas de prevención y atención de la violencia contra los AM que tengan en cuenta las diferentes formas como se configura este problema social y que es necesario generar un sistema de recopilación sistemática de estadística de información que permita a través de la investigación dar cuenta de la forma como se comporta este fenómeno en la población mexicana; orientado a la toma de decisiones informadas en cuanto a acciones encaminadas a la prevención y a la atención. Expresó también la importancia de destinar y asegurar recursos públicos para la atención de este suceso.

En cuanto al valor teórico se pretende contribuir a la exploración y desarrollo de un modelo teórico que explique la violencia perversa, ya que según los antecedentes



revisados carece de este. Aportando a la exploración de las nuevas representaciones de la violencia en los distintos contextos y poblaciones (Acevedo, 2015). Además, esta investigación tendrá aportación de utilidad metodológica por el diseño del instrumento de identificación de prácticas perversas, que permitirá darle visibilidad al fenómeno y hacerlo identificable o perceptible (Enamorado, Rodríguez, & Cancino, 2013). Una vez que la violencia perversa se logre hacer visible e identificable se podrán tomar medidas encaminadas a la prevención y manejo de esta problemática.

Las cifras de personas expuestas a la violencia perversa son alarmantes, tomando en cuenta tan solo uno de los múltiples factores que influyen para que se haga presente, como lo es el estado funcional y en específico la dependencia funcional. Entre mayor dependencia para realizar sus actividades tenga el AM, mayor será el riesgo de ser víctima de violencia perversa. El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) nos permite conocer la magnitud de las limitaciones que tienen los AM para realizar sus actividades. En el seguimiento del 2012 al igual que en el 2001 las mujeres de 60 años en adelante admitieron con mayor frecuencia tener dificultad para ejecutar seis tareas cotidianas conocidas como actividades básicas de la vida diaria (ABVD), a continuación se presentan los porcentajes en mujeres y hombres respectivamente: vestirse 12.4% en mujeres y 9.2% en hombres, acostarse y levantarse 12.2% y 6.0%, caminar 10.9% y 7.5%, usar el baño 10.0% y 4.5%, bañarse 7.5% y 4.2%, y por último comer 4.4% y 3.0% (INEGI, 2013).

En cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se reportó en el 2001 que el 12.7% de las mujeres AM y el 10.2% de los hombres tenían dificultad para hacer compras o ir al mandado, 7.4% y 14.4% requiere ayuda para preparar una comida caliente, 5.9% y 4.8% se le complica manejar su dinero, y finalmente 5.7% y 5.9% alguien los apoya en la toma de sus medicamentos. Para el 2012 las mujeres presentaron mayor dificultad en la mayoría de las actividades, excepto en preparar la comida caliente igual que en el 2001, dicho suceso pudo deberse a cuestiones culturales y de historia de vida, por ser los hombres quienes se encuentran en mayor medida en el ámbito laboral y no en actividades de la casa. Las cifras se reportaron de la siguiente forma: 17.2% y 10.7% dificultad para hacer compras o ir al mercado, 7.2% y 15.7% requiere ayuda para preparar una comida caliente, 3.9% y 2.6% se le complica manejar su dinero, y en último lugar 3.4% y 2.8% alguien los apoya en la toma de sus medicamentos (INEGI, 2013).

A su vez, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 reportó que el 26.8% de los AM evaluados presentaron alguna limitación para realizar ABVD como caminar, vestirse, levantarse de la cama o bañarse y el porcentaje más alto se encontró entre los sujetos de 80 años y más (47.6%). Por lo tanto, al menos uno de cada cuatro AM requiere de ayuda para las ABVD y el 5%, es decir, más que 500 mil presentan una condición de dependencia total para su autocuidado y requieren de un cuidador permanente en el hogar (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] y Secretaría de Salud [SSA], 2012). En general, según las proyecciones de la CONAPO 2000-2050, el índice nacional de dependencia de AM en el 2000 era de 11.4, en el 2010 de 13.7, para el 2020 es de 19.2, en el 2030 será de 28.1, 2040 de 39.0 y finalmente para el 2050 de 50.6.

Según datos del INEGI (2012) en Coahuila en el año 2000 existía un 7% de personas dependientes de 65 años y más por cada cien en edad económicamente productiva, es decir, de 15 a 64 años. Para el año 2005 este porcentaje aumentó a 8% y para el 2010 dicha cifra se mantuvo, sin embargo, en la actualidad ya debe haber un incremento en esta. Las proyecciones de la CONAPO 2000-2030 indican que el índice estatal de dependencia de AM en el 2000 era de 11.0, en el 2010 de 13.5, para este año se espera 18.9 y por último para el 2030 de 28.0, representado en cifras, tienen condiciones de limitación en sus actividades 32 087 personas de 60 a 74 años y 22 596 de 75 y más (Gobierno de Coahuila, 2012).

En cuanto a la violencia, se considera que uno de cada seis AM ha sido víctima de algún tipo de violencia, probablemente esta cifra esta subestimada, puesto que solo se notifica 1 de cada 24 casos de violencia. A nivel mundial se estima una prevalencia general de violencia de 15.7% y 11.6% de violencia psicológica, haciendo énfasis en mencionar la violencia psicológica debido a que la violencia perversa es la evolución de la violencia psicológica. Las tasas de prevalencia en AM institucionalizados en hospitales, asilos o cualquier otro centro asistencial de larga estancia son más elevadas, se reportó que el 64.2% del personal admitió haber violentado a los pacientes y el 32.5% ejerció violencia de tipo psicológica (OMS, 2018).

En México se prevé una tasa de violencia entre 8.1% y 18.6%. Se han realizado diversos estudios con el fin de conocer la magnitud de la violencia, se encontró que en una población rural de Chiapas el 8.1% había sufrido de violencia en los últimos doce

meses y el 7.0% fue víctima de violencia psicológica. Otro estudio en 2006, estimó para la Ciudad de México una prevalencia de 16.2% y de 12.7% de violencia psicológica. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011 muestra que el 17.8% de las mujeres de 60 años y más de edad habían sufrido al menos un tipo de violencia en el último año. La prevalencia para la violencia psicológica en la Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar (ENVIF) 1999 se reportó en 18.6%. En el estudio Prevalencia y Factores Asociados a Violencia Familiar en AM de Ocozocoautla Chiapas 2007 se situó en 7.0% y en la investigación Maltrato de Personas Mayores: Una caracterización sociodemográfica en la Ciudad de México 2006-2007 se encontró en 12.7% (Giraldo, 2013).

La Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores (EMPAM-DF) 2006 que es la primera con representatividad sobre este tema en América Latina informó que el 16% de los AM había sido víctima de violencia, cifra superior a la que se observa en países desarrollados como Estados Unidos, España y Francia. Se identificó que en México más de un millón y medio de AM ha sufrido violencia (Giraldo, 2006).

### ***Algunos Referentes Científicos***

Johannesen y LoGiudice (2013) llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura de los factores de riesgo de violencia hacia el AM, recopilando artículos publicados en MEDLINE, CINAHL, EMBASE y PsycINFO. 49 cumplieron los criterios de inclusión, se encontraron 13 factores de riesgo que pueden presentar los AM: deterioro cognitivo, problemas de conducta, enfermedades psiquiátricas o problemas psicológicos, dependencia funcional, mala salud física o fragilidad, bajos ingresos, trauma o abusos del pasado y origen étnico. Y cuatro factores que pueden estar presentes en el cuidador: carga o estrés y enfermedad psiquiátrica o problemas psicológicos. Referente a la relación entre AM y familia se encontraron como factores de riesgo: la falta de armonía y las relaciones malas o conflictivas. Los factores de riesgo del medio ambiente fueron: bajo apoyo social y vivir con otras personas.

Lachs y Pillemer (2015) realizaron un estudio en donde sintetizaron la investigación y la evidencia clínica de la medición, evaluación y prevención de la violencia hacia el AM, derivada de un análisis de estudios de alta calidad y recientes revisiones sistemáticas de la

literatura sobre dicha problemática. Dentro de los factores de riesgo principalmente encontrados se observó que el deterioro funcional y la mala salud física han demostrado consistentemente estar asociados con un mayor riesgo de violencia, no importando la causa de tales limitaciones.

Pillemer, Burnes, Riffin, y Lachs (2016) desarrollaron una revisión de alcance con el propósito de proporcionar una síntesis válida y fiable de los conocimientos actuales sobre la prevalencia y factores de riesgo de violencia hacia el AM. Centrándose en estudios basados en la población, estudios de comparación de casos y revisiones sistemáticas para identificar los factores de riesgo, los cuales se asignaron a una de tres categorías en función de la fuerza de comprobación. La primera y más importante incluía fuertes factores de riesgo validados por el sustancial de evidencia; la segunda, los factores de riesgo potenciales para los que la evidencia se mezcla o limita; la tercera, discutió factores de riesgo en los que hay una falta de pruebas claras. Dentro de los fuertes se encuentra la dependencia funcional o discapacidad y la mala salud física y mental.

Dong, Simon y Evans (2012) en un estudio poblacional prospectivo que tenía como objetivo examinar la asociación longitudinal entre el deterioro de la función física y el riesgo de violencia en AM encontró que, de los 6,159 participantes 143 fueron identificados como violentados, 42 participantes habían sufrido violencia psicológica, 12 violencia física, 2 violencia sexual, 41 negligencia y 53 explotación financiera. 70 participantes experimentaron un tipo de violencia, 46 dos tipos de violencia y 26 tres tipos de violencia. Concluyeron que la disminución de la función física evaluada se asocia con un mayor riesgo de violencia en el AM.

Gómez, Valdés, Arteaga, Casanova y Barrabe (2010), realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de identificar el comportamiento de la violencia en el AM con los tipos de violencia recibidos y notificados por ellos, según el grupo de edad y sexo, e identificar al principal agresor y las necesidades sobre el tema. Mostró como resultado que el grupo etario más violentado fue el de 60 a 69 años, específicamente el género femenino y la forma de violencia más frecuente fue de tipo psicológica. Los principales agresores eran los hijos y familiares. El estudio resaltó la importancia de identificar la violencia ejercida hacia el AM y de llevar a cabo acciones en los familiares encaminadas a evitar la violencia. Recomendando la divulgación por los

medios de difusión masiva de la necesidad de capacitar sobre los cuidados a los AM, en aras de evitar la violencia al mismo.

Mendo, Infante, Lamote, Núñez y Freyre (2012) en un estudio descriptivo transversal con vistas a evaluar algunas variables de interés relacionadas con la violencia hacia el AM, encontraron la violencia psicológica como el tipo de violencia más frecuente, siendo más susceptible el sexo femenino y los AM más longevos. El segundo y tercer tipo de violencia más frecuente fueron la negligencia y el maltrato económico financiero. El género masculino resultó ser el más agredido por violencia de tipo físico, negligencia y maltrato económico financiero. Se identificaron a los hijos como agresores principales seguidos de los nietos.

Griñan, Cremé y Matos (2012) elaboraron una investigación de tipo descriptivo de corte transversal a fin de caracterizar las personas víctimas de violencia intrafamiliar en el grupo poblacional de AM. Encontraron que más de la mitad de los participantes han sufrido algún tipo de violencia, siendo más frecuente en el género femenino, en personas más longevas y la principal violencia ejercida fue de tipo psicológica, seguida de la de tipo financiero. Se observó que eran más susceptibles a ser víctimas de violencia los AM que tenían dificultad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Los familiares fueron los principales agresores.

Enamorado, Pérez, Domínguez y Rodríguez (2013) llevaron a cabo un estudio descriptivo, transversal en AM que sufrieron violencia intrafamiliar tuvo como objetivo caracterizar a los AM víctimas de violencia. Los resultados mostraron que el grupo más violentado fueron las mujeres de 60 a 64 años y el tipo de violencia más frecuente fue psicológica. Fueron más susceptibles a ser víctimas de violencia los AM con menor nivel de escolaridad y los pertenecientes a familias grandes de más de 6 miembros.

Dong y Simon (2013) en una investigación poblacional prospectiva tenían como objetivo analizar la relación entre la violencia al AM y la tasa de hospitalización. De los 6,674 AM que vivían en la comunidad, 106 fueron identificados por las agencias de servicios sociales de violencia como AM violentados. El resultado de interés fue la tasa anual de hospitalización obtenida de los centros Medicare y Medicaid. Los autores

concluyeron que la violencia de tipo psicológica, explotación financiera, negligencia del cuidador fueron asociados con mayores tasas de hospitalización.

Díaz, Mármol Sónora, Ocaña, Maldonado, Angulo y Mármol Ocaña (2014) en un análisis secundario de datos de una investigación en la que diseñaron una intervención educativa para prevenir y controlar la violencia hacia el AM, instruyendo a los familiares en varias sesiones sobre cómo atender al AM, el lenguaje que se debe usar con ellos (afectuoso), cómo deben de ser las actividades de los AM, la importancia de darles una dieta adecuada y de participar en reuniones. Se observó que la violencia ejercida con más frecuencia fue la de tipo verbal y el grupo etario más afectado el de 80 y más.

### **Metodología**

La investigación se concibió bajo un enfoque cuantitativo, no experimental, transversal con alcance explicativo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), la selección del enfoque se sustenta según los objetivos del estudio, el cual tiene la finalidad de identificar el estado de funcionalidad, para comprobar si éste es un factor de riesgo de violencia perversa en los AM, así como las principales prácticas o manifestaciones de la violencia perversa.

La población de estudio estuvo conformada por 139 AM pertenecientes al Área Geoestadística Básica (AGEB) número 223A de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México. El cual se ubica dentro de aquellos que presentan bajo rezago social (INEGI, 2015) y no se encontraba participando en la Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) que se estaba llevando a cabo al mismo tiempo.

El tamaño de muestra se determinó con la fórmula: 
$$N * ( ac * 0,5 ) 2$$
$$1 + ( e2 * ( N - 1 ) )$$

La cual cuenta con nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%. Dando como resultado una muestra total de 102 AM. Para la selección del AGEB se empleó un muestreo aleatorio simple utilizándose la tabla Small Table of Random Digits (Polit & Beck, 2004), donde se inició de la décima columna de izquierda a derecha, primera fila de arriba hacia abajo obteniéndose como resultado el AGEB que ocupaba el lugar número 21 en la

lista, ubicado en la décima columna, segunda fila. Esta selección se realizó de un total de 70 AGEBs, se contaba con 150 AGEBs que no estaban participando en el proyecto SABE, sin embargo, 80 no contaban con más de 100 AM por lo que no se tomaron en cuenta dentro de la lista.

Las mediciones de las variables de interés se realizaron una sola vez, se emplearon tres instrumentos, dos de ellos para medir la funcionalidad, conocidos como Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody. El Índice de Barthel es un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems, las cuales son actividades básicas de la vida diaria como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular y subir o bajar escaleras. Las opciones de respuesta son: 0, 5, 10, 15 en algunas actividades y en otras solo 2 o 3 de las opciones anteriores (Mahoney & Barthel, 1965). El puntaje máximo del Índice de Barthel es de 100 puntos y se considerara AM independiente si obtiene dicho puntaje y con dependencia escasa con 95, de 65 a 90 dependencia moderada, de 25 a 60 dependencia severa y de 0 a 20 dependencia total (Servicio Andaluz de Salud, 2008). Este tiene un tiempo de aplicación que va de 5 a 10 minutos.

La Escala de Lawton y Brody es una escala heteroadministrada que cuenta con 8 ítems, los cuales son actividades instrumentales como capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y el manejo de asuntos económicos. Las opciones de respuesta se puntúan 0 y 1, el puntaje máximo de resultado es 8 (Lawton & Brody, 1969), considerándose así un AM autónomo, de 6 a 7 con una dependencia leve, de 4 a 5 con una dependencia moderada, de 2 a 3 con una dependencia grave y de 0 a 1 con una dependencia total. Con un tiempo de aplicación de 5 a 10 minutos.

El tercer instrumento que se aplicó es una escala de diseño propio para detectar las prácticas de violencia perversa, cuenta con 109 ítems divididos en 15 categorías, estas son consideradas las principales manifestaciones de violencia perversa y son manipulación, mentir, maldad, intimidar, denigrar, acorralar, chantajear, burla, indiferencia, calumniar, sometimiento, insinuaciones, ironía, sarcasmo y tratos hostiles.

Los datos se analizaron mediante el programa IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Versión 22. En donde se obtuvieron para las variables sociodemográficas cuantitativas estadísticos descriptivos como media, mediana, desviación estándar, mínimo y máximo. Para conocer la normalidad de distribución de casos se llevó a cabo la prueba de estadística no paramétrica de Kolmogorov Smirnov. Para las variables sociodemográficas cuantitativas se obtuvieron frecuencias y porcentajes a fin de caracterizar a los participantes del estudio.

Para las variables de interés, dependencia funcional y violencia perversa se utilizaron los mismos estadísticos que para las variables sociodemográficas cuantitativas. Además, se empleó una correlación mediante el coeficiente de Spearman en donde se estableció la relación entre las variables de estudio. Y finalmente se realizó un modelo de regresión lineal.

## Resultados

La muestra del estudio estuvo conformada por 102 AM, la edad media de los participantes fue de 74 años ( $\bar{X}=74.07$ ,  $DE=7.91$ ). Es importante resaltar que 52.0% ( $f=53$ ) reportan edades de 60 a 74 años y al menos uno de ellos tenía 94 años (1.0%). Se manifestó igualdad en el sexo ( $f=51$ , 50%), la mayoría eran de religión católica ( $f=93$ , 91.2%) y más de la mitad tenía pensión ( $f=53$ , 52.0%), aquellos que no contaban con ella dependen económicamente principalmente de sus hijos ( $f=18$ , 17.6%) y 12.7% ( $f=13$ ) de sí mismos, ya que trabajaban (ver Cuadro 1). Además, el 23.5% ( $f=24$ ) refirió vivir con sus hijos, 14.7% ( $f=15$ ) con su cónyuge y 13.7% ( $f=14$ ) con ambos. Se observó que el 44.1% ( $f=45$ ) no concluyeron la primaria, 14.7% ( $f=15$ ) no asistieron nunca a la escuela, de los cuales el 5.9% ( $f=6$ ) no sabía leer ni escribir, y solo una persona ( $f=1$ , 1.0%) tenía posgrado. En cuanto al estado civil, el 43.1% ( $f=44$ ) eran casados y el 40.2% ( $f=41$ ) eran viudos. Cabe mencionar que el 41.2% ( $f=42$ ) no presentan ninguna patología, sin embargo, la principal patología observada ( $f=27$ , 26.5%) fue la hipertensión, seguido de aquellos que presentan hipertensión y diabetes ( $f=18$ , 17.6%) y 10.8% ( $f=11$ ) solo diabetes. El 29.4 ( $f=30$ ) manifestaron los cuidan por amor y otra cantidad igual por obligación.

**Cuadro 1**  
**Características Sociodemográficas**

Variables cuantitativas	$\bar{X}$	MD	$\pm$ DE	(Min-Max)	K-S	<i>p</i>
Edad	74.07	74.00	7.91	60-94	.06	.200
Variables cualitativas			<i>f</i>	%		
Sexo						
Femenino			51	50.0		
Masculino			51	50.0		
Escolaridad						
Analfabeta			6	5.9		
Ninguna			9	8.8		
Primaria Incompleta			45	44.1		
Primaria			16	15.7		
Secundaria			14	13.7		
Bachillerato/Técnica/Comercio			8	7.8		
Profesional			3	2.9		
Maestría			1	1.0		
Religión						
Católica			93	91.2		
Cristiana			5	4.9		
Adventista			1	1.0		
Testigo de Jehová			1	1.0		
Ninguna			2	2.0		
Estado Civil						
Soltero(a)			11	10.8		
Casado(a)			44	43.1		
Divorciado(a)			1	1.0		
Viudo(a)			41	40.2		
Separado(a)			5	4.9		
Patologías						
Hipertensión			27	26.5		
Diabetes Mellitus			11	10.8		
Hipertensión y Diabetes Mellitus			18	17.6		
Otras			4	3.9		
Ninguna			42	41.2		
Pensión						
No			49	48.0		
Si			53	52.0		

**Cuadro 1 (Cont.)**

Variables cuantitativas	$\bar{X}$	MD	$\pm$ DE	(Min-Max)	K-S	$p$
Edad	74.07	74.00	7.91	60-94	.06	.200
Variables cualitativas			$f$	%		
<b>Dependencia Económica</b>						
Cónyuge			3	2.9		
Hijo(a)			18	17.6		
Hermano(a)			2	2.0		
Sí mismo (trabaja)			13	12.7		
Apoyo Económico SEDESOL			1	1.0		
Varias de los anteriores			12	11.8		
<b>Personas con las que vive</b>						
Solo(a)			12	11.8		
Cónyuge			15	14.7		
Hijo(a)(os)(as)			24	23.5		
Nieto(a)			3	2.9		
Hermano(a)			7	6.9		
Sobrino(a)			5	4.9		
Cónyuge e Hijo(os)			14	13.7		
Hijo(a) y su familia			9	8.8		
Cónyuge, Hijo(a) y Nieto(a)			3	2.9		
Hijo(s) y Nieto(s)			5	4.9		
Cónyuge y Nieto(S)			5	4.9		
<b>Lo cuidan por:</b>						
Amor			30	29.4		
Cariño			29	28.4		
Compromiso			12	11.8		
Obligación			30	29.4		
Lástima			1	1.0		

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos.

n= 102

### **Estadística Descriptiva de las Variables de Interés**

Respecto al estado funcional, el Cuadro 2 muestra que la media de las actividades básicas se encuentra en 94.31, es decir, en dependencia moderada. El 31.4% (f = 32) presentan alguna dificultad para realizar actividades básicas, ya que el 13.7% (f = 14) tiene dependencia leve, el 14.7% (f = 15) dependencia moderada, el 2.0% (f = 2) dependencia grave y 1.0% (f = 1) dependencia total. En las actividades instrumentales la media es de 6.43, es decir, en dependencia leve. Para estas actividades, el 64.7% (f=66) presenta algún tipo de dificultad para llevarlas a cabo, debido a que poco más de la mitad de los



participantes presentan dependencia moderada ( $f = 55, 53.9\%$ ) y el 10.8% ( $f = 11$ ) dependencia severa.

Para la variable violencia perversa no se establecieron puntos de corte de la escala de percepciones sobre la vida cotidiana, sin embargo, las cifras mostraron datos relevantes. La media del instrumento en su totalidad se encontró por encima del valor mínimo de la escala (135.16), el puntaje mínimo era de 99. Lo anterior apunta a la presencia de manifestaciones de violencia perversa. Con la finalidad de un análisis más fino se enlistaron por categoría, se encontró que las principales manifestaciones presentes eran manipular, mentir, maldad, denigrar y tratos hostiles, de igual manera presentes, pero no con la misma intensidad, intimidar, acorralar e indiferencia. Y aquellas que no se lograron identificar, chantajear, burla, calumniar, someter e insinuar. Otro dato interesante apunta a que los valores de los estadísticos descriptivos fueron mayores en el género femenino que en el masculino, poniendo en evidencia que las mujeres sufren más violencia perversa (ver Cuadro 2 y 3).

**Cuadro 2**  
**Estadística Descriptiva de las Variables de Interés**

Variable	$\bar{X}$	MD	$\pm$ DE	(Min-Max)
Estado Funcional				
Actividades Básicas	94.31	100.00	14.37	10-100
Actividades Instrumentales	6.43	7.15	2.12	0-8
Violencia Perversa				
Mujeres	144.97	138.00	36.44	99-237
Hombres	125.36	125.00	16.30	99-156
Violencia Perversa	135.16	129.00	29.77	99-237
Manipular	15.32	14.00	4.50	12-36
Mentir	10.82	12.00	3.42	6-18
Maldad	16.38	15.00	3.93	12-29
Intimidar	7.78	8.00	1.96	6-16
Denigrar	13.81	13.00	4.06	10-28
Acorralar	7.63	7.00	2.51	6-16
Chantajear	6.58	6.00	1.63	6-16
Burla	2.55	2.00	1.06	2-6



**Cuadro 2 (Cont.)**

Variable	$\bar{X}$	MD	$\pm$ DE	(Min-Max)
Calumniar	3.98	3.00	1.40	3-9
Someter	3.32	3.00	.98	3-9
Insinuar	4.74	4.00	1.46	4-12
Tratos Hostiles	34.46	32.00	11.17	22-68

*Fuente:* Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y Escala de Percepciones Sobre la Vida Cotidiana.

**Cuadro 3**

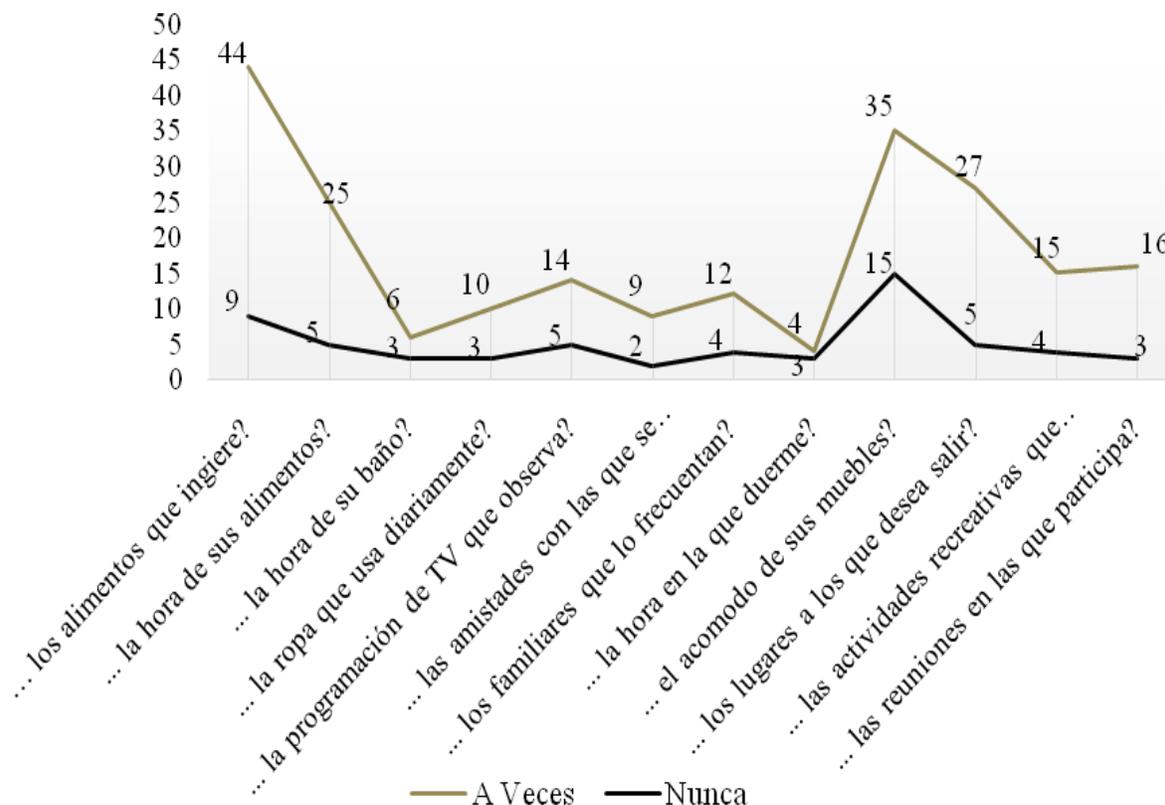
**Estadística Descriptiva de la Variable de Interés: Estado Funcional por Sexo**

Variable	Mujeres		Hombres	
	f	%	f	%
Estado Funcional ABVD				
Independiente	29	56.9	41	80.4
Dependencia leve	7	13.7	7	13.7
Dependencia Moderada	12	23.5	3	5.9
Dependencia grave	2	3.9	0	0.0
Dependencia total	1	2.0	0	0.0
Estado Funcional AIVD				
Independiente	17	33.3	19	37.3
Dependencia Moderada	26	51.0	29	56.9
Dependencia Severa	8	15.7	3	5.9

*Fuente:* Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody.

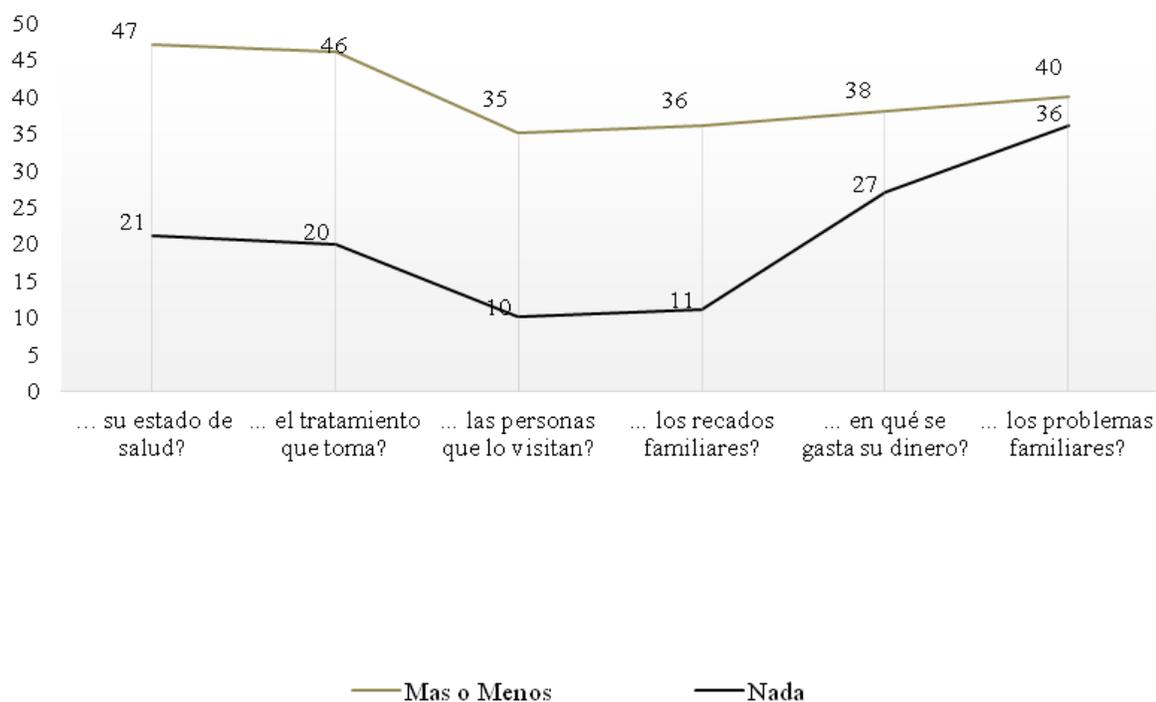
Continuando con el análisis de estadística descriptiva de las variables de interés, la primera manifestación detectada frecuentemente fue la manipulación, en ésta se encontró que los principales actos incluían: la toma de decisión por otra persona acerca de los alimentos que ingiere el AM, del acomodo de sus muebles y de los lugares a los que desea salir (ver Gráfico 1).



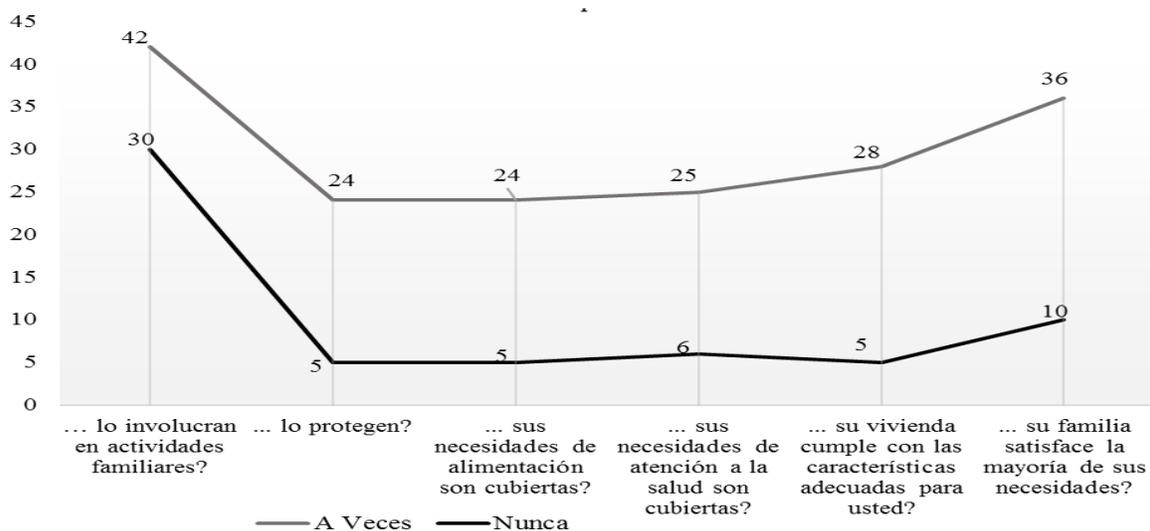


**Gráfico 1. MANIPULACIÓN. ¿Con qué frecuencia, en el último mes, se toma en cuenta su opinión sobre ...**

Otra manifestación observada frecuentemente es la mentira, dentro de ésta, las principales prácticas detectadas fueron: los problemas familiares, su estado de salud y el tratamiento que toma. No se les informa sobre estos asuntos o lo que se les dice es mentira (Ver Gráfico 2). En cuanto a las acciones referentes a la manifestación maldad, considerada como todos aquellos actos que atentan contra los derechos de los AM. Se dividió en 2 gráficos por el sentido positivo y negativo de las preguntas. La principal acción reflejada fue no sentirse involucrado en actividades familiares, seguido de sentir que su familia no satisface sus necesidades y en tercer lugar rechazo por parte de algún familiar. Es importante mencionar que la primera y la tercera corresponden o son parte de la discriminación (Ver Gráfico 3 y 4).

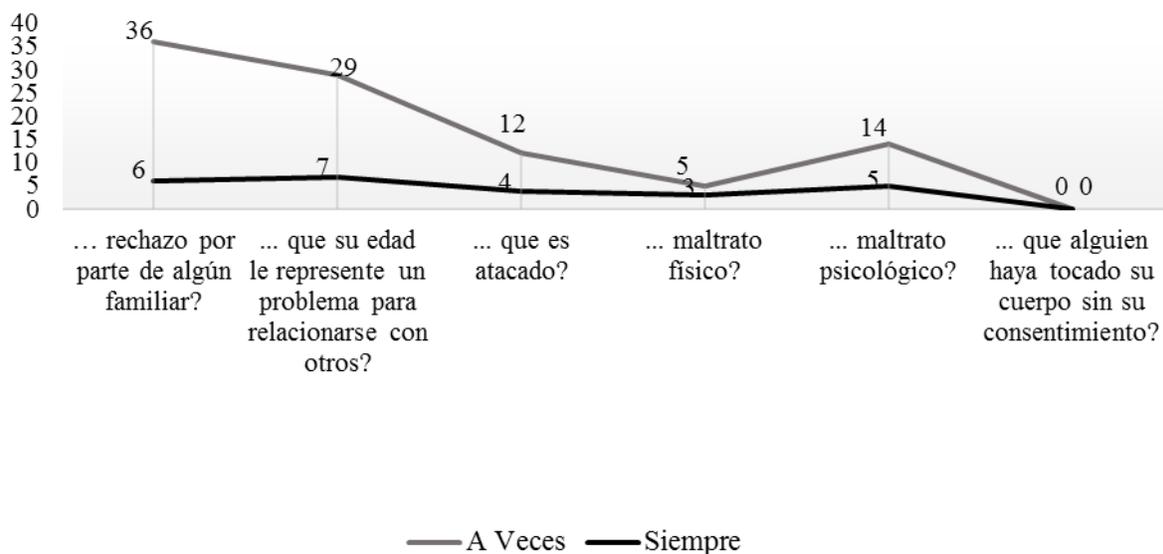


**Gráfico 2. Mentira. ¿Qué tanto considera que le informan sobre ...**



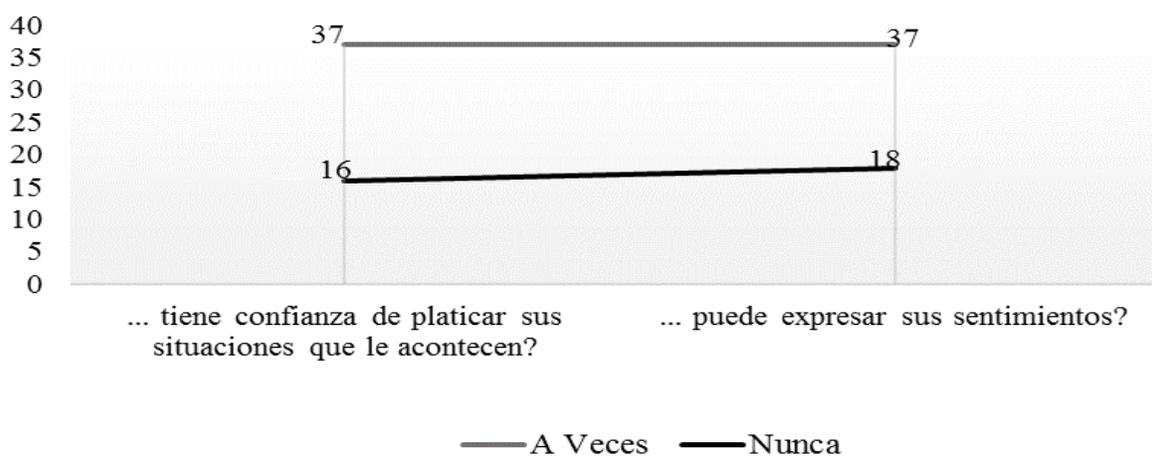
**Gráfico 3. Maldad. En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha sentido que ...**



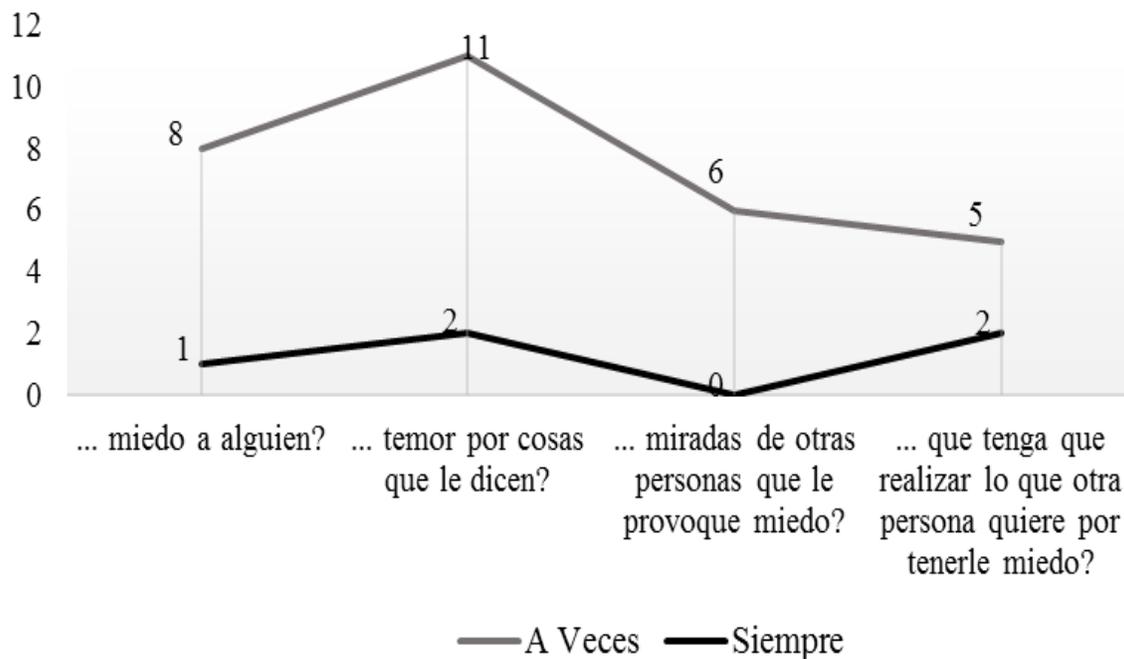


**Gráfico 4. Maldad. ¿Con qué frecuencia ha experimentado las siguientes situaciones, ...**

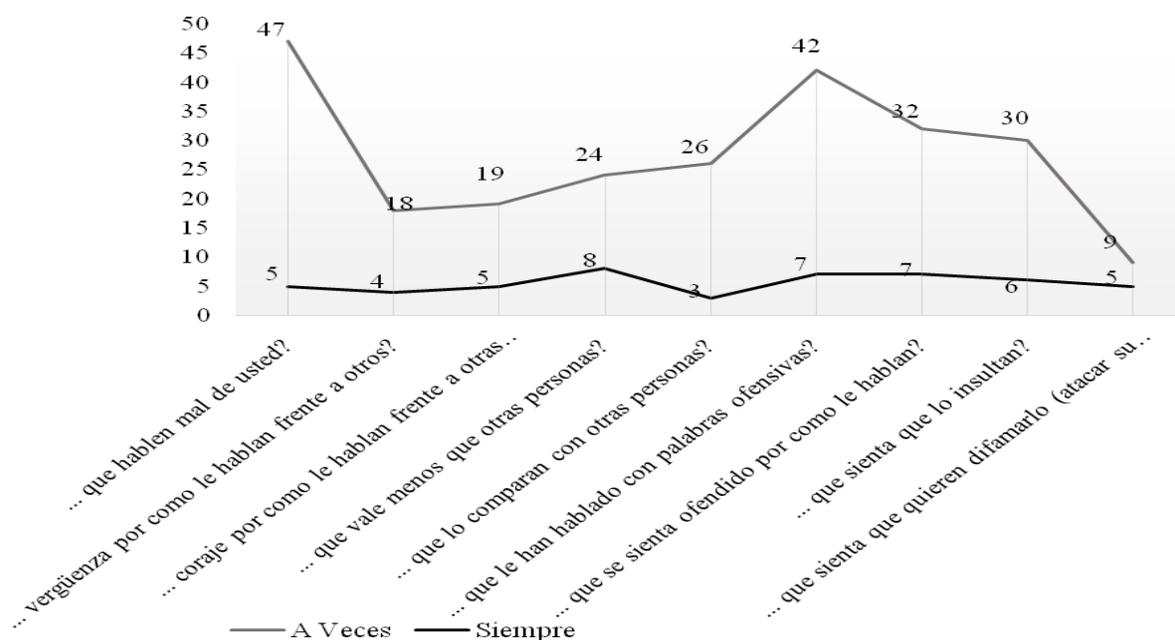
En relación a la intimidación, sobresalió que los AM no tenían confianza de platicar las situaciones que le pasaban, ni de expresar sus sentimientos, sentían temor por cosas que les habían dicho sus cuidadores o algún familiar (Ver Gráfico 5 y 6). Los AM también fueron víctimas de denigración, ellos sentían que hablaban mal de ellos, que les hablaban con palabras ofensivas y creían que las palabras con las que se dirigían a ellos no eran las adecuadas (Ver Gráfico 7 y 8).



**Gráfico 5. Intimidación. ¿Con qué frecuencia ha sentido que ...**



**Gráfico 6. Intimidación. ¿Con qué frecuencia ha experimentado las siguientes situaciones, ...**



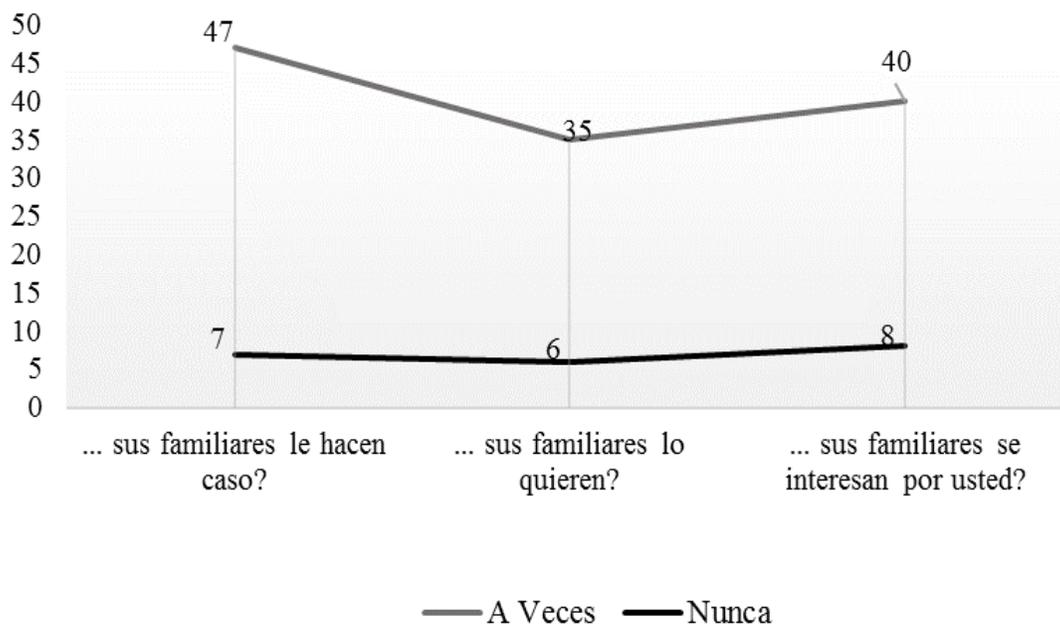
**Gráfico 7. Denigrar. ¿Con qué frecuencia ha experimentado las siguientes situaciones, ...**



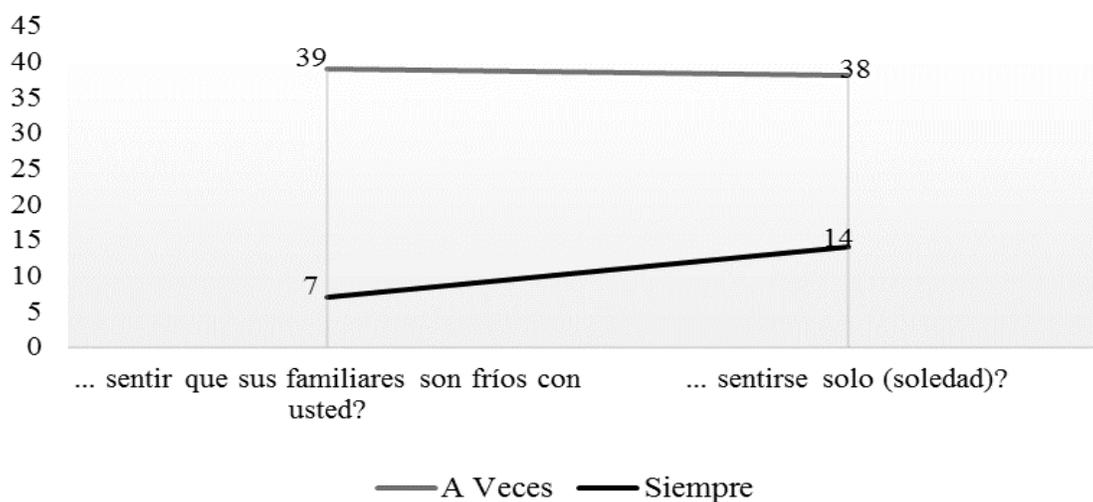


**Gráfico 8. Denigrar. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las palabras con las que se dirigen a usted son las adecuadas?**

Por último, se describen los actos más frecuentes de indiferencia que han sufrido los AM, expresaron que: sus familiares no les hacían caso, se sentían solos, no se interesaban por ellos y eran fríos con ellos (Ver Gráfico 9 y 10).



**Gráfico 9. Indiferencia ¿Con qué frecuencia ha sentido que toma libremente sus decisiones?**



**Gráfico 10. Indiferencia ¿Con qué frecuencia ha experimentado las siguientes situaciones?**

Como última parte del análisis descriptivo, con la finalidad de corroborar normalidad de distribución de los valores obtenidos de los participantes, se realizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov (ver Cuadro 4) con los puntajes crudos o los índices de las variables de interés. Se puede observar que no existía normalidad de los datos en ninguna de las variables de interés.

**Cuadro 4  
 Prueba de Normalidad**

Variable	K-S	p
Estado Funcional		
Actividades Básicas	.35	>.001
Actividades Instrumentales	.26	>.001
Violencia Perversa	.14	>.001
Manipular	.23	>.001
Mentir	.15	>.001
Maldad	.18	>.001
Intimidar	.25	>.001
Denigrar	.18	>.001
Acorralar	.30	>.001
Chantajear	.46	>.001



**Cuadro 4 (Cont.)**

Variable	K-S	p
Burla	.42	>.001
Indiferencia	.20	>.001
Calumniar	.29	>.001
Someter	.49	>.001
Insinuar	.38	>.001
Tratos Hostiles	.15	>.001

*Fuente:* Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y Escala de Percepciones Sobre la Vida Cotidiana.

Posterior al análisis descriptivo, se realizó un análisis de correlación mediante el coeficiente de Spearman, debido a que los datos no presentaron normalidad. Se seleccionaron 16 variables para el análisis, solo se muestran aquellas que tuvieron nivel de significancia de  $p \leq .050$ . Se encontró correlación significativa positiva entre la funcionalidad de los AM en actividades básicas y en actividades instrumentales, lo que indica que, a mayor independencia en AIVD, mayor independencia en ABVD.

A su vez, se encontró correlación negativa significativa entre la funcionalidad en las ABVD y AIVD con la escala de percepciones sobre la vida cotidiana, es decir, que a menor independencia en ambas actividades mayor era la presencia de violencia perversa. Se correlacionó la funcionalidad en las ABVD y AIVD con cada una de las categorías del instrumento. Se observó correlación significativa negativa con un nivel de significancia de  $p \leq 0.10$  entre las manifestaciones, manipulación, mentir, maldad, intimidar e indiferencia y las ABVD, así como con las AIVD, entendiéndose que a menor independencia en las actividades mayor presencia de manipulación, mentira, maldad, intimidación e indiferencia.

En cuanto a las manifestaciones denigrar, acorralar y tratos hostiles se encontró una correlación significativa negativa con un nivel de significancia de  $p \leq .050$  con las ABVD y un nivel de significancia de  $p \leq .010$  con las AIVD. Mostrándose que, al verse afectada la funcionalidad, sobre todo en AIVD, la denigración, el acorralamiento y los tratos hostiles estarán presentes hacia el AM.

Como último punto del análisis, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple para las variables independientes funcionalidad en ABVD y AIVD, y la variable dependiente violencia perversa. Se encontró un coeficiente de correlación múltiple de .334 con un 11% de predicción del modelo ajustado con la variable independiente, sin embargo, la funcionalidad en ABVD y en AIVD no fueron significativas en el modelo (ver Cuadro 5).

**Cuadro 5**  
**Modelo de regresión lineal de variables Funcionalidad ABVD, AIVD y Violencia Perversa**

Modelo	CNE		CE	p	95.0% intervalo de confianza para B		Estadísticas de colinealidad	
	B	EE	Beta		LI	LS	Tolerancia	VIF
(Constante)	41.252	9.928		.000	21.553	60.952		
Barthel	-.068	.148	-.069	.648	-.361	.226	.399	2.504
Lawton y Brody	-.152	.082	-.278	.067	-.314	.011	.399	2.504

*Fuente: Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y Escala de Percepciones Sobre la Vida Cotidiana. Nota: Variable Independiente: Puntaje total o Índice de Barthel (funcionalidad en ABVD) y Puntaje total o Escala de Lawton y Brody (funcionalidad en AIVD), Variable Dependiente: Puntaje total o índice de Escala de Percepciones Sobre la Vida Cotidiana (violencia perversa). CNE= Coeficientes no estandarizados, EE= Error estándar, CE= Coeficientes estandarizados, LI= Límite inferior, LS= Límite superior*

### Conclusiones

Esta investigación tuvo como propósito identificar el estado funcional de 102 AM que radican en el AGEB 223A de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México, para comprobar si el estado funcional es un factor de riesgo de violencia perversa en los AM, así como examinar las principales prácticas o manifestaciones de violencia perversa ejercidas hacia ellos. Además, se detectaron las acciones o actos más frecuentes de cada una de las manifestaciones. De los resultados obtenidos en este estudio se puede concluir en cuanto al estado funcional que, la disminución del estado funcional es una problemática que afecta a gran cantidad de AM, tal y como lo expresan Bejines et al. (2015).

El 66.7% de las mujeres y el 62.8% de los hombres presentaron alguna limitación para llevar a cabo AIVD. El 43.1% de las mujeres y el 19.6% de los hombres presentaron



dificultad para realizar ABVD. Se encontró mayor dificultad para llevar a cabo ABVD y AIVD en las mujeres, lo cual demuestra que los AM de género masculino tienen un estado funcional más independiente, esto en concordancia con el estudio ENASEM (2012). De igual forma se logró caracterizar a la violencia perversa por medio de diversas manifestaciones. Las principales manifestaciones presentes fueron: manipular, mentir, maldad, denigrar y tratos hostiles. Presentes con menor frecuencia se encontró: intimidar, acorralar e indiferencia. Y aquellas difíciles de identificar: chantajear, burla, calumniar, someter e insinuar. Las mujeres fueron las más violentadas, lo cual puede ser resultado de que las participantes mayores niveles de dependencia en ABVD y AIVD.

Aquellas manifestaciones de violencia perversa que se encontraron con menor frecuencia o no se lograron identificar, no significa que los AM no son víctimas de ellas, quizá la razón sea que los AM no quieren dar a conocer que son violentados o no aceptan que están siendo violentados por temor a represalias, al confinamiento en instituciones, el agresor es el único familiar con el que cuentan, creen que la violencia es temporal, no quieren que su familiar o cuidador resulte afectado, desconocen con quien o que autoridad deben dirigirse, su condición física o cognitiva no les permite realizar una denuncia o simplemente prefieren negar una realidad que les resulta insoportable (INAPAM, 2014). Las manifestaciones de violencia que no se lograron identificar en los AM pudo deberse a la naturaleza de la violencia perversa, por tratarse de prácticas presentes de manera sutil y en ocasiones imperceptibles, al menos por la víctima, considerándose hasta artesanales según (Acevedo, 2015).

Se identificó correlación negativa significativa entre la funcionalidad en las ABVD y las AIVD con la violencia perversa, aquellos AM que presentaron mayor limitación para llevar a cabo ABVD o AIVD fueron más susceptibles a ser víctimas de manifestaciones de violencia perversa, ya que la dependencia funcional es un factor de riesgo de gran peso (Griñan, Cremé, & Matos, 2012; Dong, Simon, & Evans, 2012; Johannesen & LoGiudice, 2013; Lachs & Pillemer, 2015; Pillemer, Burnes, Riffin, & Lachs, 2016). A pesar de existir correlación negativa significativa entre la funcionalidad en las ABVD y las AIVD con la violencia perversa, la funcionalidad de las ABVD y las AIVD no fueron significativas en el modelo de predicción de la violencia perversa.

Esta investigación es un primer acercamiento en la detección de una práctica contemporánea, la violencia perversa hacia el AM. Se requiere de un segundo acercamiento que permita conocer el entorno y las relaciones familiares de los AM, para ello puede ser de gran aportación realizar investigación cualitativa. O bien establecer una nueva estrategia para la recolección de datos, de forma que el AM se sienta con la plena confianza de contestar con sinceridad. Una vez que el fenómeno logre enmarcarse como tal, se propone la elaboración de una intervención en aras de prevenir y erradicar dicha problemática.

### Referencias

- Acevedo Alemán, J. (2015). *Los rostros de los perversos, porque no todo es lo que parece. Notas para la construcción de un modelo teórico sobre violencia*. UNAM.
- Adams, C. Y. (2012). Maltrato en el Adulto Mayor Institucionalizado. *Revista Médica Clínica*, [Revista en Línea], 23(1), 84-90. Disponible: [www.redadultosmayores.com.ar/Material%202013/Nacionales%20Chile/5%20Maltrato%20Adulto%20Mayor%20Institucionalizado%20%20Chile.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202013/Nacionales%20Chile/5%20Maltrato%20Adulto%20Mayor%20Institucionalizado%20%20Chile.pdf)
- Anglin, D., & Schneider, D. (2009). *Elder abuse and neglect*. En: Rosen's Emergency Medicine. Concepts and Clinical Practice (Séptima ed.). Mosby. Elsevier Health Sciences. Disponible: [books.google.com.mx/books?id=1uZLv0E3vqC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=1uZLv0E3vqC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false)
- Arenas, M. E., & Mora, T. (2012). *Guía de Prevención del Maltrato a las Personas Mayores*. (SEMANA Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile). Disponible: [www.senama.cl/filesapp/SENAMA%20web1.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/SENAMA%20web1.pdf)
- Bejines, M., Velasco, R., García, L., Barajas, A., Aguilar, L. M., & Rodríguez, M. L. (2015). Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, [Revista en Línea] 23(1), 9-15. Disponible: [www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf)
- Chokkanathan, S. (2015). Stressors social support and elder mistreatment. *Aging Ment Health*, 1-8. Disponible: [www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13607863.2015.1081151](http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13607863.2015.1081151) doi: 10.1080/13607863.2015.1081151
- Díaz, Y., Mármol, L., Ocaña, A. I., Maldonado, C., Angulo, Y., & Mármol, L. (2014). Diseño de intervención educativa para prevenir y controlar la violencia contra adultos mayores de una población de Ciego de Ávila. *MEDICIEGO*, [Revista en Línea] 20(2). Disponible: [www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdc142h.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdc142h.pdf)



- Dong, X., & Simon, M. A. (2013). Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA Internal Medicine* [Revista en Línea] 173(10), 911-917. Disponible: [dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.238](http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.238) doi:10.1001/jamainternmed.2013.238
- Dong, X., Simon, M., & Evans, D. (2012). Decline in Physical Function and Risk for Elder Abuse Reported to Social Services in a Community-Dwelling Population of Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), 1922-1928. [Documento en Línea] Disponible: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3470774/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3470774/) doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04147.x
- Enamorado Pina, G. V., Rodríguez, J. P., Cancino, A. D., & Enamorado, J. E. R. (2013). Violencia intrafamiliar contra el adulto mayor en una comunidad de Guinea Bissau. *Medisan*, [Revista en Línea] 17(07), 1053-1059. Disponible: [www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2013/mds137d.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2013/mds137d.pdf)
- Félix, A., Aguilar, R. M., Martínez, M. L., Avila, H., Vázquez, L., & Gutiérrez, G. (2012). Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados* [Revista en Línea] 16(33), 81-88. Disponible: [rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24156/1/CC\\_33\\_11.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24156/1/CC_33_11.pdf)
- García, A., Prades, E., Fernández, M., Legrá, Y., & Zayas, C. (2013). Evaluación de los estados funcional y afectivo en la población geriátrica de área de salud "28 de Septiembre". *MEDISAN* [Revista en Línea], 17(2), 206-212. Disponible: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000200006)
- Giraldo, L. (2006). *Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF)*. Disponible: [www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/analisi\\_estadistico\\_sobre\\_maltrato\\_a\\_adultos\\_mayores.pdf](http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/analisi_estadistico_sobre_maltrato_a_adultos_mayores.pdf)
- Giraldo, L. (2013). *Violencia y maltrato hacia las personas adultas mayores en México: resultados para la generación de políticas públicas*. [Documento en Línea] Disponible: [www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/foro-envejecimiento/FS\\_VIOLENCIA\\_MALTRATO.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/foro-envejecimiento/FS_VIOLENCIA_MALTRATO.pdf)
- Gobierno de Coahuila. (2012). *Programa Especial de Asistencia Social 2011-2017*. Disponible: Censo de Población y Vivienda, INEGI 2010: [coahuila.gob.mx/archivos/pdf/Publicaciones/ASISTENCIA%20SOCIAL.pdf](http://coahuila.gob.mx/archivos/pdf/Publicaciones/ASISTENCIA%20SOCIAL.pdf)
- Gobierno del Estado de Coahuila de Zaragoza y Secretaría de Salud Coahuila [SSA]. (2012). *Programa Estatal de Salud 2011-2017 Coahuila de Zaragoza*. Disponible: [coahuila.gob.mx/archivos/pdf/Publicaciones/P-Actualizados/Programa%20Sectorial%20de%20Salud\\_actualizado%20a%20Dic2016.pdf](http://coahuila.gob.mx/archivos/pdf/Publicaciones/P-Actualizados/Programa%20Sectorial%20de%20Salud_actualizado%20a%20Dic2016.pdf)
- Gómez, D. B., Valdés, A. C., Arteaga, Y., Casanova, M. d. I. C., & Barrabe, A. M. (2010). Caracterización del maltrato a ancianos. Consejo Popular Capitán San Luis. Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, [Revista en Línea] 14, 48-54. Disponible: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942010000200005&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000200005&nrm=iso)



- González M., F., Massad T., C., & Lavanderos C., F. (2010). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. (Servicio Nacional del Adulto Mayor. SENAMA. Gobierno de Chile). Disponible: [www.senama.cl/filesapp/Estudio\\_dependencia.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf)
- Griñan, I. A., Cremé, E., & Matos, C. (2012). Maltrato intrafamiliar en adultos mayores de un área de salud. *MEDISAN [Revista en Línea]* 16, 1241-1248. Disponible: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000800008&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000800008&nrm=iso)
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. P. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). Mc Graw Hill.
- Hirigoyen, M. F. (2006). *Mujeres maltratadas: los mecanismos de la violencia en la pareja (en español)*. Andújar Moreno, Gemma; tr. (1 ed., 2 imp. edición). Ediciones Paidós Ibérica, S.A. p. 200.
- Hirigoyen, M. F. (2012), *El abuso de debilidad: y otras manipulaciones (en español)*, Petit Fontserè, Núria; tr. (1 edición). Ediciones Paidós Ibérica, S.A. p. 130
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2012). *Distibución por edad y sexo. Relación de dependencia por vejez por entidad federativa, 2000, 2005 y 2010*. [Documento en Línea] Disponible: [www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo150&s=est&c=29236](http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo150&s=est&c=29236)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2013). *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)*. [Documento en Línea] Disponible: [www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enasem/doc/enasem2013\\_09.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enasem/doc/enasem2013_09.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Inventario Nacional de Viviendas*. Disponible: [www.beta.inegi.org.mx/app/mapa/inv/default.aspx](http://www.beta.inegi.org.mx/app/mapa/inv/default.aspx)
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (2015). *Perfil demográfico, epidemiológico y social de la población adulta mayor en el país, una propuesta de política pública*. Disponible: [www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf)
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (2014). *Prevención del Maltrato Hacia las Personas Adultas Mayores*. Disponible: [www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos\\_Inicio/Prevencion\\_maltrato\\_hacia\\_PAM.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Prevencion_maltrato_hacia_PAM.pdf)
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] y Secretaría de Salud [SSA]. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*. Disponible: Evidencia para la política pública en salud. Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena. Disponible: [ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiscapacidAdultMayor.pdf](http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiscapacidAdultMayor.pdf)
- Johannesen, M., & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing [Revista en Línea]* 42(3), 292-298. Disponible: [ageing.oxfordjournals.org/content/42/3/292.full.pdf+html](http://ageing.oxfordjournals.org/content/42/3/292.full.pdf+html) doi: 10.1093/ageing/afs195



- Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2015). Elder Abuse. *N Engl J Med*, [Revista en Línea] 373(20), 1947-1956. Disponible: [www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1404688](http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1404688) doi: 10.1056/NEJMra140468
- Lawton, M. P., y Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*, 9(3 Part 1), 179-186. doi: 10.1093/geront/9.3\_Part\_1.179. Disponible: [www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton\\_Gerontol\\_1969-1502121986/Lawton\\_Gerontol\\_1969.pdf](http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_1969-1502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf)
- Mahoney FI, & Barthel D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* [Revista en Línea] 14, 56-61. Disponible: [www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel\\_reprint.pdf](http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf)
- Manrique, B., Salinas, A., Moreno, K., & Téllez, M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública de México*, 53(1), 26-33. Disponible: [bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2011/vol%2053%20No1%20Enero%20Febrero/4-caidas.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20No1%20Enero%20Febrero/4-caidas.pdf)
- Mendo, N., Infante, N. I., Lamote, S. E., Núñez, S. J., & Freyre, J. (2012). Evaluación del maltrato en ancianos pertenecientes a un policlínico universitario. *MEDISAN* [Revista en Línea] 16, 364-370. Disponible: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000300008&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000300008&nrm=iso)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *El Maltrato de las personas mayores. Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud*. [Documento en Línea] Disponible: [www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/es/](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Envejecimiento y salud, Datos y cifras*. Disponible: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Maltrato de las personas mayores. Datos y cifras*. [Documento en Línea] Disponible: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse)
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*, 56 Suppl 2, S194-205. doi: 10.1093/geront/gnw004
- Polit, D. F., y Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. (Séptima ed.). Lippincott Williams y Wilkins [Documento en Línea] Disponible: [books.google.com.mx/books?id=5g6VttYWnjUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=5g6VttYWnjUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false)
- Rogero García, J. (2010). *Los Tiempos del Cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. (Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo e Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Gobierno de España) [Documento en Línea] Disponible: Colección Estudios Serie Dependencia: [www.uam.es/personal\\_pdi/economicas/jrogero/docs/Rogero\\_Garcia\\_10.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/jrogero/docs/Rogero_Garcia_10.pdf)



- Sánchez, G. (2019). *La violencia perversa, una trampa psicológica muy preligrosa. La mente es maravillosa*. [Documento en Línea] Disponible: [lamenteesmaravillosa.com/la-violencia-perversa/](http://lamenteesmaravillosa.com/la-violencia-perversa/)
- Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL]. (2017). *Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante*. [Documento en Línea] Disponible: [www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An\\_lisis\\_prospectivo\\_de\\_la\\_poblaci\\_n\\_d\\_e\\_60\\_a\\_os\\_en\\_adelante.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblaci_n_d_e_60_a_os_en_adelante.pdf)
- Secretaría de Salud Coahuila. (2012). *Programa Estatal de Salud 2011-2017*. [Documento en Línea] Disponible: [coahuila.gob.mx/archivos/pdf/Publicaciones/SALUD.pdf](http://coahuila.gob.mx/archivos/pdf/Publicaciones/SALUD.pdf)
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. (2008). *Autonomía para las actividades de la vida diaria -Barthel-*. [Documento en Línea] Disponible: [www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf)
- Sistema Nacional de Salud. (2013). *Guía de Práctica Clínica. Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor*. [Documento en Línea] Disponible: [www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057\\_GPC\\_MaltratoAdultoMayor/MAM\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf)

### *Síntesis Curricular*



**Dafne Astrid Gómez Melasio**

Licenciada en Enfermería. Magíster en Enfermería con Acentuación en Atención de Enfermería al Adulto Mayor por la Universidad Autónoma de Coahuila. Doctoranda en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Funge como catedrático provisional en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila.



**Jesús Acevedo Alemán**

Licenciado en Trabajo Social y Maestría en Población y Desarrollo Regional por la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Doctorado en Políticas Sociales, con especialidad en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León y diversos cursos de capacitación y actualización en áreas del conocimiento. Experiencia profesional de más de 25 años en el servicio público, privado, y en diversas asociaciones civiles. Participante y conferencista en múltiples escenarios nacionales e internacionales. Actualmente funge como profesor de tiempo completo en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila.