



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

***“Propuesta de un programa de educación para la salud enfocado a la
prevención del maltrato en el adulto mayor”***

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Presenta:

Silvia Armenta Domínguez

Asesora:

Mtra. Adriana Ivette Martínez Macías

Nezahualcóyotl, Estado de México, marzo del 2018.

AGRADECIMIENTOS

No alcanzan unas líneas para reconocer, agradecer y dedicar profundamente todo lo que anhelo expresar. Aunque estas breves líneas fueron realizadas con profundo amor, agradecimiento y dedicación a todos los involucrados.

A DIOS

Este trabajo te lo dedicó porque nunca me has desamparado; además de que te quiero dar las gracias por darme la existencia de vivir, porque tú me has guiado, me has iluminado, me has apoyado y ayudado en mí caminar a cada paso que doy. Tu presencia ha estado en todo momento en mi camino, por tus infinitas bendiciones, por el socorrerme y tu divino auxilio para resolver los problemas que me aquejan, retos y metas que se me han presentado y el haber permitido que lograré vencer cada una de esas pruebas y obstáculos de la vida; que con tu soporte logró salir adelante. Hoy divino maestro me permites cumplir una meta ya que, sin tu presencia celestial, iluminándome y guiándome en la senda del camino no lo hubiese logrado. Infinitas gracias a ti y a todos aquellos seres espirituales que han estado acompañándome en todo momento.

A MIS PADRES

Jaime Armenta y Susana Matilde Domínguez Aguilar se los dedicó con admiración y respeto por todo el apoyo incondicional y gracias a su cariño, su comprensión, su confianza que siempre depositaron en mí. Por el gran esfuerzo y lucha que realizaron día con día durante todos estos años, porque siempre me desearon lo mejor. Por eso en estos momentos realizaré una de mis más grandes metas la cual es la herencia más valiosa que pudieran darme. Por todo esto y más merecen mi respeto, cariño, admiración, y que dios siempre los llene de bendiciones. ¡Los amos!

A MIS PROFESORES

Gracias por dedicarnos su tiempo, sus conocimientos. Les doy gratitud porque gracias a sus experiencias transmitidas, darnos la mejor enseñanza; nosotros somos lo que somos ahora. Ustedes brindaron lo mejor y formaron profesionales. Así mismo me seguiré actualizando para ejercer la licenciatura con profesionalismo, humanismo y vocación.

A MI ASESORA

Adriana Ivette Martínez Macías le doy las gracias por el apoyo incondicional y por toda la paciencia y el tiempo que me dedicó para que se llevara esto a cabo. Al mismo tiempo por sus conocimientos, su observación y por esas sugerencias que ampliaron mi panorama. Además de que fue un gusto el poder haber trabajado con usted ya que sin usted y sin su apoyo no hubiera sido posible este trabajo y el concluir esta etapa de mi vida y cerrar este ciclo. Gracias por todo y Dios la bendiga siempre en su camino como docente.

GRACIAS A TODOS

ÍNDICE

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Capítulo 1. Planteamiento del problema	11
1.1 Justificación	14
1.2 Objetivos	16
1.3 Hipótesis	17
Capítulo 2. Marco teórico	18
2.1 Aspectos biológicos	18
2.1.1 Adulto mayor	18
2.1.2 Maltrato	25
2.1.3 Maltrato en el adulto mayor	26
2.1.4 Teorías del envejecimiento	30
2.1.5 Envejecimiento activo	40
2.2 Aspectos sociales	43
2.2.1 Determinantes de la salud	43
2.2.2 Determinantes sociales de la salud	52
2.2.3 Familia	63
2.2.4 Estilos de vida	76
2.2.5 Factores familiares	78
2.2.6 Repercusiones sociales	80
2.2.7 Viejismo	83
2.3 Aspectos normativos	87
2.3.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos	87
2.3.2 Principios de Naciones Unidas a favor de las personas mayores	88
2.3.3 Plan de Acción Internacional de Viena	90
2.3.4 Plan de Acción Internacional de Madrid	91
2.3.5 Declaración Almería sobre el anciano maltratado	93
2.3.6 Declaración de Toronto	94
2.3.7 Plan Nacional de Desarrollo	95
2.3.8 Ley General de Salud	97
2.3.9 Ley del anciano	97

2.3.10 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	98
2.3.11 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad	99
2.3.12 Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores	100
2.3.13 Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar	101
2.3.14 Ley del adulto mayor del Estado de México	104
2.3.15 Plan de Desarrollo Municipal de Chimalhuacán	106
2.4 Aportaciones de investigadores al campo teórico	106
Capítulo 3. Metodología	118
3.1 Diseño de la investigación	118
3.2 Muestra	118
3.3 Instrumentos	119
3.4 Procedimiento	120
3.5 Plan de análisis	122
Capítulo 4. Resultados	124
Capítulo 5. Discusión	139
Capítulo 6. Conclusiones	149
Referencias	156
Anexos	
Anexo 1. Oficio carta de presentación	175
Anexo 2. Consentimiento informado	176
Anexo 3. “Encuesta del maltrato hacia el adulto mayor”	178
Anexo 4. Programa para la prevención de maltrato hacia el adulto mayor	186

Índice de figuras

Figura 1. Efecto relativo de los determinantes de la salud	45
Figura 2. Modelo de determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead	54
Figura 3. Determinantes del maltrato hacia el adulto mayor	62
Figura 4. Distribución por sexo	124
Figura 5. Distribución por estado civil	125
Figura 6. Distribución por escolaridad	126
Figura 7. Distribución por situación laboral	126
Figura 8. Discapacidades o limitaciones para realizar algunas actividades	127
Figura 9. Autoridad del adulto mayor en el núcleo familiar	128
Figura 10. Pérdida de roles del adulto mayor de la familia	129
Figura 11. Comparación de los temas de conversación familiar	131
Figura 12. Comparación de la relación familiar	132
Figura 13. Comparación de las repercusiones físicas del maltrato por parte de un familiar hacia el adulto mayor	133
Figura 14. Comparación de repercusiones ejercidas hacia el AM	134
Figura 15. Comparación de las repercusiones sociales hacia los adultos mayores	135
Figura 16. Comparación de las repercusiones psicológicas	135
Figura 17. Comparación de las repercusiones de las necesidades básicas del adulto mayor	136
Figura 18. Comparación de las repercusiones del estado de ánimo del adulto mayor	136
Figura 19. Comparación de las repercusiones de percepción del propio adulto mayor	137
Figura 20. Comparación de las repercusiones de percepción del propio adulto mayor	138

RESUMEN

La presente investigación describe algunos aspectos sobre el maltrato hacia el adulto mayor; tales como sus determinantes sociales, las repercusiones sociales y el papel que desempeña la familia, para ello se recolectaron de datos sociodemográficos, aspectos sobre la dinámica familiar como manifestaciones que ejerce los familiares, valores, roles familiares y la comunicación dentro de la misma; de este modo se planteó el objetivo de diseñar la propuesta de un programa para la prevención del maltrato hacia el adulto mayor. De acuerdo con lo anterior, se realizó un estudio no experimental, prospectivo, transversal y descriptivo; la muestra constó de 15 adultos mayores del Municipio de Chimalhuacán, para la recolección de datos se utilizó el instrumento "Encuesta del maltrato hacia el adulto mayor". Los principales resultados que se obtuvieron sobre los determinantes sociales, indican que en su mayoría son mujeres, casados, viven con 1, 2, o 4 personas, estudiaron primaria, tienen de 6 y 9 hijos, se dedica al hogar, el 73.3% se ocupa de su autocuidado y el 80% sufren alguna enfermedad. En cuanto a la dinámica familiar, se encargan del gasto familiar (53.3%), realizan labores domésticas (93.3%), no tienen autoridad en su familia (33%), existe falta de comunicación familiar (46.7%) y los aíslan dejándolos incomunicados (40%). En relación a las repercusiones sociales, los resultados mostraron que existen repercusiones físicas (13.3%), tiene prohibición a frecuentar amistades (26.7%), negligencia (66.7%), recibe gritos (46.7%), carecen de amor (53.3%) y han tenido alteración del estado de ánimo (66.7%). En conclusión, la problemática del maltrato hacia el adulto mayor es generada por la familia, debido en gran medida por los estereotipos en torno al envejecimiento.

Palabras clave: envejecimiento activo, maltrato, determinantes sociales, repercusiones sociales, familia.

ABSTRACT

The present investigation describes some aspects about the mistreatment towards the older adult; such as its social determinants, social repercussions and the role played by the family, for this were collected from sociodemographic data, aspects of family dynamics as expressions exercised by family members, values, family roles and communication within it; In this way, the objective of designing the proposal of a program for the prevention of mistreatment towards the elderly was raised. In accordance with the above, a non-experimental, prospective, cross-sectional and descriptive study was carried out; the sample consisted of 15 older adults from the Municipality of Chimalhuacán. The instrument "Survey of mistreatment of the elderly" was used to collect data. The main results that were obtained on social determinants, indicate that they are mostly women, married, live with 1, 2, or 4 people, studied primary school, have 6 and 9 children, is dedicated to the home, 73.3% is takes care of their self-care and 80% suffer some disease. In terms of family dynamics, they are responsible for family spending (53.3%), perform domestic chores (93.3%), have no authority in their family (33%), lack of family communication (46.7%) and isolate them leaving them incommunicado (40%) In relation to the social repercussions, the results showed that there are physical repercussions (13.3%), it is prohibited to frequent friendships (26.7%), negligence (66.7%), receives shouts (46.7%), lack of love (53.3%) and they had altered mood (66.7%). In conclusion, the problem of abuse towards the elderly is generated by the family, due in large part to the stereotypes surrounding aging.

Keywords: active aging, abuse, social determinants, social repercussions, family.

INTRODUCCIÓN

El maltrato hacia el adulto mayor es una problemática social como de salud, actualmente se está estipulando como una prioridad; ya que es caracterizado como una situación no accidental, el agredir a una persona adulta mayor (más de 60 años) ya sea de forma física, psicológica, sexual, de carácter negligente; así mismo como la deprivación de las necesidades físicas o básicas (abandonarlos o no brindarles la seguridad de una vida en paz, armoniosa con un techo, vestimenta, alimento y amor).

El adulto mayor se define como aquellas personas son aquellas personas que tienen 60 años o más de edad. No obstante, el envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución en la respuesta homeostática (es el equilibrio que permite al cuerpo tener el funcionamiento adecuado), esto es debido a las modificaciones que presenta morfológicamente, fisiológicamente, bioquímicamente y psicológicamente; generadas por los cambios a la edad y el desgaste que vive el organismo a lo largo de la vida.

El maltrato hacia el adulto mayor es una conducta destructiva generada por actos de acción u omisión, únicos o reiterados de forma activa o pasiva, los cuales son intencionados o no; sin embargo no accidentales, como consecuencia de cualquier daños o aflicción, violación de los derechos del adulto mayor, disminución de la calidad de vida o deprivación de las necesidades básicas hacia la salud o el bienestar; debido a la falta de medidas apropiadas u omisión de intervenciones adecuadas propiciando repercusiones enumeradas de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, desesperación, aislamiento social; propiciado por lazos de confianza que hay en una relación entre el agresor y la víctima (OMS, 2003; OMS, 2006; Sirlin, 2008; Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2012a; Gómez, 2013; Secretaria de Desarrollo Social, 2016; OMS, 2016b).

En el 2016 entre el 16 al 18% sufren de algún tipo de maltrato, ya sea físico, sexual o psicológico ocasionado en primera instancia por la familia (Rodríguez, 2016). En el 2014 el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición afirma que un promedio de 16% de los adultos mayores mexicanos sufre algún grado de maltrato como golpes, ataques psicológicos, insultos o robo de sus bienes (R. Pérez, 2016).

Por lo anterior al objetivo de la presente investigación fue *Diseñar de un programa para la prevención del maltrato dirigido hacia el adulto mayor*. Teniendo como objetivos específicos los siguientes: 1) Conocer los determinantes sociales del maltrato hacia el adulto mayor, 2) Identificar el papel que desempeña la familia en el maltrato hacia el adulto mayor y 3) Conocer las repercusiones del maltrato hacia el adulto mayor.

Para cumplir el objetivo en el capítulo I se presenta el planteamiento del problema del maltrato hacia el adulto mayor, los objetivos que fueron guiando esta investigación y la hipótesis que se planteó a la investigación y la justificación del porque el educador para la salud debe de intervenir en la presente problemática social.

En el capítulo II se presenta el marco teórico donde se encuentra un sustento en el aspecto biopsicosocial del maltrato hacia el adulto mayor, donde se abordan temas como el adulto mayor, el maltrato, en envejecimiento, las teorías del envejecimiento, los determinantes de la salud y sociales de la salud, la familia, y las repercusiones en el adulto mayor, el estilo de vida, los factores familiares y el viejismo. Además del sustento normativo sobre el maltrato hacia el adulto mayor donde se encuentran las declaraciones, los planes, normas, y leyes sobre los lineamientos mencionados acerca del adulto mayor y del maltrato hacia este. A su vez se incluyeron aportaciones de investigadores sobre el maltrato en el adulto mayor que sustentan esta investigación.

En el capítulo III se describen el desarrollo de esta investigación, trazando el tipo y diseño de la misma, la muestra, instrumento y recolección de la información.

En el capítulo IV se encuentran los resultados y su análisis de los arrojados en la presente investigación.

En el capítulo V muestra la discusión de los resultados obtenidos en esta investigación, así como su análisis que se encontró. Y por último el capítulo VI se explica las conclusiones durante la realización de la presente investigación.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato hacia el adulto mayor es una problemática social como de salud, actualmente se está estipulando como una prioridad; ya que es caracterizado como una situación no accidental, el agredir a una persona adulta mayor (más de 60 años) ya sea de forma física, psicológica, sexual, de carácter negligente; así mismo como la deprivación de las necesidades físicas o básicas (abandonarlos o no brindarles la seguridad de una vida en paz, armoniosa con un techo, vestimenta, alimento y amor) (Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003; Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006; Giraldo, 2012; Pérez & Chulián, 2013; Torrejón, 2015).

Actualmente los adultos mayores son un grupo vulnerable por el proceso de envejecimiento y los cambios biopsicosociales que sufren, generando algún maltrato, discriminación u otra situación no accidental; por tal razón son víctimas del abandono, la soledad y el maltrato; donde son considerados o estigmatizados como estorbos; el cual su presencia incomoda a los familiares, no permitiéndoles expresar sus sentimientos y emociones, propiciando ser motivo de burla cuando el adulto mayor lo llegase hacer. Se considera ridículo en esta etapa de la vida que los adultos mayores experimenten y tengan sentimientos afectuosos, resaltando que es un derecho que han perdido, negándoles la participación en el núcleo familiar o social, aislándolos, denigrándolos o desvalorizándolos al grado de perder su autonomía y estableciendo que la autoridad es quien puede innovar, considerando una desgracia la etapa del envejecimiento (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [SEGG], 1948; Bover, Moreno, Mota & Taltavull, 2003; Letelier, 2005; Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006; Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 2006; Pindado, 2007; Fernández & Herrero, 2008; Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2010; Quintanar, 2010; Abusleme & Guajardo, 2013).

Hoy en día la problemática del maltrato hacia los adultos mayores se ha incrementado, y resulta un tema de relevancia para ser atendido; el envejecimiento es una etapa de la vida compleja por los círculos sociales en el que interactúa el adulto mayor (familia, amigos y comunidad), en estos tiempos no se tiene la cultura y se considera con estigmas denigrantes dándole la característica de una clase de estorbo o inútil, afectándolos físicamente, psicológicamente y socialmente (Kessel, Marín, Maturana, Castañeda, Pageo & Larrión, 1996; Giraldo, 2012).

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (2016a), menciona que el maltrato en países en desarrollo está presente entre el 4% y el 6% de los adultos mayores, refiriendo que ha sufrido algún tipo de abuso y maltrato en su casa e instituciones sociales; donde se les abusa y niegan la atención o asistencia, ocasionándole daño físicos y psicológicos. También en algunos países en desarrollo, se calcula que 1 de cada 10 personas adultas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes (OMS, 2016b).

De acuerdo a Gómez (2013), el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas en el 2002 menciona que el maltrato en adultos mayores es de 3% a 10%. Mientras que la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores (INPEA) indica que el 3,5% es en domicilios y del 10-15% es en instituciones, situando al 75% de los maltratos son practicados en el ámbito familiar y un 25% en instituciones.

En México entre el 16 al 18% sufren de algún tipo de maltrato, ya sea físico, sexual o psicológico ocasionado en primera instancia por la familia (Rodríguez, 2016). En el 2014 el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición afirma que un promedio de 16% de los adultos mayores mexicanos sufre algún grado de maltrato como golpes, ataques psicológicos, insultos o robo de sus bienes (R. Pérez, 2016).

En México más de un millón y medio de adultos mayores están sufriendo maltrato o abuso, principalmente mayores de 80 años siendo más preponderante en mujeres (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2012).

Con referencia a la encuesta del Colegio de México realizada en 2009, en el Distrito Federal, se detectó que el 36% de los adultos mayores son maltratados principalmente por sus hijos, el 11% de la población por su pareja, mientras que el 10% por los nietos, dichos maltratos han sido sobre la desvalorización y discriminación por la capacidad del adulto mayor (Enciso, 2010).

La incidencia del maltrato hacia en adulto mayor es muy amplia, ya que en la actualidad las cifras de maltrato han incrementado y estas serán más significativas por el incremento de adultos mayores (Pérez & Chulián, 2013). Desde el ámbito de la Licenciatura de Educación para la Salud (EpS), el maltrato hacia el adulto mayor se percibe como una problemática de nivel social y de salud, donde no se están identificando y considerando las causas que lo genera como son los determinantes sociales, la familia, la sociedad, la comunidad e inclusive instituciones públicas y privadas, repercutiendo con ello en la salud (física, psicológica, social y espiritual) del adulto mayor.

Lo antes expuesto permite afirmar que hoy en día el adulto mayor es un grupo vulnerable que necesita de un contexto estable, en donde pueda vivir su proceso de envejecimiento ausente de maltrato y enfermedad ya sea a nivel psicológico, físico y social. Para esto se debe de crear un programa preventivo dirigido a los adultos mayores, que les garantice un ambiente libre de maltrato y que pueda vivir este proceso sin alteraciones por los determinantes o repercusiones sociales.

Por lo anterior desde la mirada de la licenciatura Educación Para la Salud se formulan las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los determinantes sociales del maltrato en el adulto mayor?, ¿Cuál es el papel que desempeña la familia en el maltrato hacia el adulto mayor?, ¿Cuáles son las repercusiones del maltrato hacia el adulto mayor? y ¿Cuáles son las acciones preventivas que puede hacer el educador para la salud sobre el maltrato hacia el adulto mayor?

JUSTIFICACIÓN

Actualmente a nivel social existen problemáticas en materia de salud, principalmente sociales repercutiendo en la salud pública, como son el abandono, la negligencia, el abuso, la discriminación, que son causas del maltrato hacia los adultos mayores a nivel mundial. Así mismo también las enfermedades o padecimientos psicológicos; que van ocupando un lugar significativo en la etapa de vida del adulto mayor, donde se encuentran presentes trastornos depresivos, de ansiedad, autoconcepto inadecuado o erróneo, baja autoestima, o inclusive el llegarse a sentir o percibirse como un estorbo, un ser invisible o un bulto a nivel familiar, social y cultural (Bover et al., 2003; Canto & Castro, 2004; Barbero, Barrio, Gutiérrez, Izal, Martínez, Moya, Pérez, Sánchez del Corral, & Yuste, 2005; Tabueña, 2006; INAPAM, 2010; Rodríguez, Valderrama & Molina, 2010; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016b).

En relación al contexto social cabe mencionar que al existir una necesidad o se encuentren factores de riesgo en temáticas de salud, deberá incorporarse la Educación para la Salud a través de la creación de medidas estratégicas de prevención, promoción y educación, sin embargo, debemos de saber y conocer que no solo es brindar información educativa; sino modificar la convivencia del adulto mayor y brindar una calidad de vida saludable, estable y plena mediante la sensibilización individual, familiar y social acerca de los factores de riesgo presentes en el proceso salud-enfermedad, como los factores de protección que debe brindar la familia, los pares, y la comunidad al adulto mayor.

Es importante que se modifiquen los ideales o estereotipos arraigados de la cultura donde perciben al adulto mayor como un estorbo o alguien que no tiene la capacidad o autonomía de realizar alguna funciones específica, así como el modificar los roles, el dar a conocer a la familia y la sociedad los roles que adquirirían donde no sea excluido del vínculo de pertenencia y no dejándolo a la deriva, ya que en esta etapa necesitan del apoyo, el amor y la protección de la familia y el ver que el sistema de

apoyo social los perciba como seres productivos, autónomos y útiles donde su aprendizaje experiencial sea a guiar a otros en el camino (L'Abbate, 2000; Pereira, 2000; Valadez, Villaseñor & Alfaro, 2004; Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006; Martínez & Mendoza, 2015; Torrejón, 2015).

Finalmente se considera que es importante la participación de la Educación para la Salud, porque mediante el proceso de intervención y prevención, se pueda modificar el ideal referente a los adultos mayores, así como la adquisición de conocimientos sobre la vivencia familiar con un adulto mayor, las creencias, los determinantes y repercusiones del maltrato hacia el adulto mayor.

A su vez es necesario que se identifiquen los determinantes sociales y las repercusiones del maltrato por medio de un instrumento con requerimiento primordial para el desarrollo exitoso y veraz de intervenciones educativas y de promoción, mediante un programa preventivo, priorizando el crear espacios de convivencia saludable y familiares en beneficio del adulto mayor en el que el maltrato hacia el adulto mayor no suela ejercerse y presentarse en la familia.

OBJETIVOS

General

Diseñar de un programa para la prevención del maltrato dirigido hacia el adulto mayor.

Específicos

- Conocer los determinantes sociales del maltrato hacia el adulto mayor.
- Identificar el papel que desempeña la familia en el maltrato hacia el adulto mayor.
- Conocer las repercusiones del maltrato hacia el adulto mayor.

HIPÓTESIS

Al conocer los determinantes sociales, la función familiar y las repercusiones del maltrato hacia el adulto mayor entonces se podrá crear un programa de prevención que fomente el proceso de envejecimiento activo.

Variables:

Variable independiente: Los determinantes sociales, las repercusiones y la funcionalidad familiar.

Variable dependiente: Crear un programa de prevención que fomente el proceso de envejecimiento activo.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

El presente capítulo aborda los fundamentos teóricos (aspectos biológicos, sociales y normativos) del maltrato hacia el adulto mayor; el cual es importante destacar el campo de acción del educador para la salud, así mismo las aportaciones de investigaciones previas que sustentan la presente investigación.

2.1 ASPECTOS BIOLÓGICOS

2.1.1 Adulto mayor

Para definir a los adultos mayores, es necesario que se realice un abordaje perceptivo a nivel biopsicosocial, donde se integren los elementos de interacción del que el adulto mayor. Por tal motivo se debe considerar la conceptualización básica y fundamental sobre la lo que es el adulto mayor, el proceso de envejecimiento que viven y su vejez.

Ahora bien, el adulto mayor conforme a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores menciona que son aquellas personas que tienen 60 años o más de edad (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2012), sin embargo, la OMS refiere que en los países en vía de desarrollo son las personas con 60 años, mientras que en los países desarrollados tiene 65 años de edad (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], 2017). Además, el Senado de la república en el 2013 menciona que son las personas entre los 60 y los 65 años de edad que inician esta etapa de la vida.

Como se percibe anteriormente el adulto mayor son las personas a partir de 60 años, ahora es necesario que conozcamos sobre el envejecimiento y la vejez para entender un poco más de esta etapa de la vida.

El envejecimiento es un fenómeno de carácter social y de salud; el cual se deben generar estrategias o políticas centradas en la atención del adulto mayor, beneficiando a la vejez, la calidad de vida y el proceso de envejecimiento de las personas adultas mayores.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Geriátría (INGER) en el 2015 dice que el envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución en la respuesta homeostática (es el equilibrio que permite al cuerpo tener el funcionamiento adecuado), esto es debido a las modificaciones que presenta morfológicamente, fisiológicamente, bioquímicamente y psicológicamente; generadas por los cambios a la edad y el desgaste que vive el organismo a lo largo de la vida. Para el Instituto de Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (IAAM-DF) en el 2015 menciona que el envejecimiento “es un proceso de cambios a través del tiempo, es de forma natural, gradual, continuo, irreversible y completo”. Así mismo se considera un proceso fisiológico que empieza desde que se nace y este se va llevando a cabo a lo largo de la vida (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social [MIMDES], 2010).

En cambio, Tamer menciona que es el resultado de la interacción entre el aspecto genético, natural, sociocultural y ambiental. No obstante, al percibirlo desde el aspecto biológico el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de daños físicos en las células del cuerpo al paso del tiempo, llegando al descenso en las capacidades físicas, siendo vulnerable al riesgo de enfermarse y como último el deceso (1995; OMS, 2015a).

Conforme a Morales y Bravo (2006), refieren que debe contemplarse como un proceso complejo y dinámico; caracterizado por tres fenómenos diferentes. El primero es la capacidad biológica que tiene para la supervivencia, el segundo es la capacidad psicológica para la adaptación y el tercero es la capacidad sociológica para la satisfacción de los roles sociales (Saiz, 2011).

Como se puede percibir anteriormente el envejecimiento es aquel proceso universal, de cambios progresivos y degenerativos a nivel biopsicosocial donde influye el contexto familiar, donde interaccionan y se relacionan las características sociales y el medio donde pertenezca o habite el adulto mayor, condicionado por los determinantes de la salud.

Por tanto, el envejecimiento es un proceso caracterizado por diversos cambios a nivel biopsicosocial como son los siguientes:

A nivel físico: hay diversos cambios en el cuerpo como son la pérdida del tono muscular, disminución de la capacidad funcional (MIMDES, 2010). Así mismo hay descompensación, la presencia de enfermedades que requieran de hospitalización (Fernández, Almuiña, Alonso & Blanco, 2001). Además, Saiz dicen que hay cambios morfofisiológicos y antropométricos, en el sistema nervioso, cardiovascular, nefrológico, respiratorio, endocrino, musculoesquelético, sensorial e inmunitario (2011).

A nivel psicológico: se manifiesta por la disminución de algunas facultades mentales (memoria) y alteración en el estado de ánimo (MIMDES, 2010). También por la pérdida progresiva e inevitable de procesos psíquicos, autopercepción y valoración negativa, pesimismo y mal enfrentamiento de los Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) (Fernández et al., 2001). Igualmente, Saiz mencionan que son las actividades que realizan para interactuar con su entorno. Presenta cambio en la memoria, el lenguaje, la personalidad, el estado afectivo, la Inteligencia, la velocidad de procesamiento de información y la percepción (2011).

A nivel social: los adultos mayores de zonas rurales aportan principalmente en el ámbito laboral. Como resultado de que sus familiares jóvenes deciden emigrar por una mejor calidad de vida dejándolos enfrentar la soledad y el abandono que deja la partida de los familiares (MIMDES, 2010). Así mismo hay pérdida de los roles sociales sin sustitución o adaptación al adulto mayor, también se percibe la ausencia

del apoyo familiar y social, la pérdida de la autonomía creando dependencia a los familiares, soledad, conflictos generacionales y la inactividad (Fernández et al., 2001). Mientras tanto Saiz consideran los cambios en los roles sociales en cada adulto mayor se vive de forma distinta; ya que influye el contexto familiar o social, ocasionando una alteración en la estabilidad emocional. No es lo mismo el hecho de vivir solo como el de sentirse solo o aislado (2011).

Por lo anterior, el envejecimiento presenta diversos cambios en el adulto mayor así mismo el reestructurarse y adaptarse al contexto familiar y social, así como los roles del adulto mayor ya que estos deben de adaptarse a las modificaciones del contexto de interacción de las personas mayores, por lo que se deben de considerar dichas reestructuraciones para brindar un envejecimiento activo.

En el 2010, Montes de Oca menciona que de acuerdo a las orientaciones de algunas políticas se clasifica el envejecimiento de la siguiente manera: 1) envejecimiento activo, 2) envejecimiento exitoso, 3) envejecimiento saludable y 4) envejecimiento satisfactorio.

El *envejecimiento activo* es el proceso de aprovechar las oportunidades de seguridad, salud y participación para obtener un bienestar biopsicosocial durante toda la vida (OMS, 2001; Martínez & Mendoza, 2015). Así mismo el INGER (2015) refiere que los adultos mayores tengan una participación continua, de forma individual o grupal, sobre los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos en los que están inmersos. También se dice que la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con la finalidad de mejorar la calidad de vida conforme las personas van envejeciendo (Saiz, 2011).

El *envejecimiento exitoso* es aquel en el que se presenta baja probabilidad de padecer enfermedades o invalidez, alto funcionamiento físico y cognitivo y compromiso activo con la vida (Castillo, 2009). Es el proceso que busca promover la

capacidad emprendedora para proyectos productivos el cual promueva que el adulto mayor siga siendo una persona funcional y autónoma (Montes de Oca, 2010).

El *envejecimiento saludable* es aquel proceso en el que los adultos mayores tiene una reestructuración de los estilos de vida ya que se deben de adoptar, adecuar y fortalecerlos para alcanzar un máximo equilibrio en el bienestar, la salud y contribuir a mejorar la calidad de vida mediante estrategias proactivas, ayuda mutua y autogestión en beneficio al autocuidado y optimizando las redes de apoyo (familia, amigos y la comunidad) en el adulto mayor (INGER, 2015), por tanto busca prevenir el surgimiento o aparición de enfermedades físicas y mentales en la vejez (Montes de Oca, 2010).

El *envejecimiento satisfactorio* busca la promoción y el aprendizaje de cambios de conducta y comportamientos saludables y adaptativos (Montes de Oca, 2010). Se produce cuando hay salud física (posibilidad de padecer enfermedades), capacidad funcional cognitiva (realización de autonomía y el autocuidado) e implicación activa con la vida (Organización Médica Colegial [OMC], 2015).

Como se describió anteriormente el envejecimiento es un proceso multifactorial, multidimensional, universal, individual y colectivo ya que los cambios que sufren los adultos mayores en esta etapa de la vida afecta en la homeostasis de las personas con las que interaccionan propiciando un desequilibrio en la calidad de vida del adulto mayor por el modo y los estilos de vida; por lo que se deben de considerar los factores biopsicosociales para intervenir con estrategias que promuevan un envejecimiento agradable para disminuir, prevenir o reestructurar la presencia de acontecimientos críticos irreversibles como la pérdida o alteración de los roles (sociales, familiares, laborales, etc.), disminución o limitación de los ingresos, relaciones sociales, así como también acontecimientos de duelo (familiares, conocidos, laborales o por enfermedad).

Ahora bien, una vez entendido que es el envejecimiento, es necesario conocer acerca de la vejez; de acuerdo al INGER la vejez es “una construcción social tanto individual como colectiva que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en ciertos espacios sociohistóricos” (2015, párr. 8). En cambio, Tamer (1995) la define como una situación de crisis existencial dejando como resultado un conflicto interno que experimenta el individuo entre sus aspiraciones y la decadencia física y social conforme al avanzar de los años. A su vez Mabel (2015) lo considera como un proceso progresivo desfavorable de cambios fisiológicos y anatómicos con el paso del tiempo, concluyendo inevitablemente con la muerte, además, de que hay reducción de la funcionalidad del individuo, presentando declinación en las funciones intelectuales (análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata) (OMC, 2015).

También se considera que es la quinta etapa del desarrollo humano que está dividida en 2 periodos; el primero corresponde de los 65 a 80 años y el segundo es a partir de los 80 hasta la muerte (Tamer, 1995). Se caracteriza por la aparición de complejos estados de salud (síndromes geriátricos) que se presentan en esta etapa de la vida como repercusiones de múltiples factores subyacentes; apareciendo gradualmente la presencia de enfermedades hasta la muerte del adulto mayor (OMS, 2015a).

La vejez es la última etapa de la vida, está relacionada con la edad y el cómo se ha vivido durante todo ese tiempo. Para definirla también se tiene que tomar en cuenta la siguiente clasificación conforme la edad:

Con respecto a la *edad cronológica*, la Organización de las Naciones Unidas [ONU] establece que es una persona de 60 años (IAAM-DF, 2015).

La *edad biológica o física* está conformada por los cambios físicos y biológicas que se dan durante esta etapa, varía el ritmo de acuerdo a la persona, su contexto cultural, el lugar donde residen, la economía, la alimentación, su estado emocional, o el ritmo de las Actividades de la Vida Diaria (AVD); esto es mediante la funcionalidad

y autonomía (IAAM-DF, 2015), se correlaciona al proceso de envejecimiento; ya que se ve influenciado por el proceso lento o limitado acerca de la declinación de las capacidades para adaptarse el individuo (Tamer, 1995). Así mismo es definida por las medidas de las capacidades funcionales de los sistemas orgánicos vitales del adulto mayor (Sáez, Aleixandre, De Vicente, Meléndez & Villanueva, 1993).

La *edad psicológica* está caracterizada por la percepción que tiene cada adulto mayor sobre la vejez, ocasionando cambios en las emociones, los sentimientos y los pensamientos conforme el pasar del tiempo (IAAM-DF, 2015). Así mismo (Tamer, 1995) menciona que se manifiesta por medio de alteraciones psicosociales y psicoculturales las cuales podrían presentar o no problemas patológicos. En efecto son las capacidades de adaptación a las demandas cambiantes del entorno o de los AVE (Sáez et al., 1993).

La *edad social* es caracterizada por la historia, la cultura o la organización social, donde son agrupadas por sus valores y características sociales (participación, opiniones, decisiones, etc.) (IAAM-DF, 2015). En cambio, Tamer (1995), hace referencia por la representación social, además de los roles y hábitos sociales del adulto mayor con la sociedad, debido a la propia cultura y características del adulto mayor; donde están de por medio las normas y los valores del contexto de interacción (Sáez et al., 1993).

La vejez como se percibió no necesariamente es a nivel cronológico o físico sino que se identifica de acuerdo al estado en el que se encuentra el adulto mayor en el aspecto biopsicosocial porque a partir de aquí se determinara la vejez de una persona sin que influya solo el aspecto biológico, ya que puede presentarse el proceso de vejez a temprana edad en la población adulta, para ello es necesario conocer los estilos de vida, el contexto del individuo para determinar la edad de vejez de una persona.

Para abordar el fenómeno del maltrato era necesario conocer de manera general sobre el adulto mayor, como ya se mencionó antes son las personas con 60 años y más, y está determinada por un proceso de envejecimiento; así mismo por la etapa de la vejez, lo cual es necesario en estos momentos conocer acerca de la temática del maltrato.

2.1.2 Maltrato

Para definir el maltrato, es necesario distinguir la diferencia entre violencia y maltrato. Por tal motivo se debe considerar la conceptualización básica y fundamental sobre violencia y maltrato desde un enfoque general.

La violencia conforme la OMS es el “uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (2017b, párr. 1). También es un fenómeno complejo y multidimensional ya que obedece a diversos factores biopsicosociales, económicos y culturales (Buvinic, Morrison & Orlando, 2005).

Ahora bien, el maltrato conforme la Real Academia Española [RAE] es la acción y efecto de maltratar (tratar mal a alguien ya sea de palabra u obra, así mismo es el deteriorar a una persona) (2001a; 2001b). También es cualquier comportamiento desarrollado de forma intencional, no accidental, que, a través del acto, omisión o actitud negligente, atente contra el bienestar físico y emocional y se vulnere los derechos del adulto mayor sobre sus bienes materiales o económicos (Colom & Orte, 2001). Del mismo modo se define como la utilización de la imposición física, obligación psíquica o moral por parte de alguien en contra de otra persona u objeto constituido por amenazas, negación a la vida y a la dicha de la dignidad humana (Cardoso, Mejías, Macías & Amaro, 2004).

Tanto la violencia como el maltrato son importantes porque son fenómenos que van aumentando las cifras estadísticas, el cual es de suma importancia conocer la diferencia de ambos fenómenos sociales para poder identificarlos correctamente.

2.1.3 Maltrato en el adulto mayor

Para abordar la temática sobre el maltrato en el adulto mayor era necesario y de gran importancia distinguir la diferencia que existe entre violencia y maltrato; para entender cómo se manifiesta el maltrato en la vida, contexto biopsicosocial, y en el ámbito familiar, individual y social.

Diversos autores definen al maltrato en el adulto mayor como una conducta destructiva generada por actos de acción u omisión, únicos o reiterados de forma activa o pasiva, los cuales son intencionados o no; sin embargo no accidentales, como consecuencia de cualquier daños o aflicción, violación de los derechos del adulto mayor, disminución de la calidad de vida o privación de las necesidades básicas hacia la salud o el bienestar; debido a la falta de medidas apropiadas u omisión de intervenciones adecuadas propiciando repercusiones enumeradas de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, desesperación, aislamiento social; propiciado por lazos de confianza que hay en una relación entre el agresor y la víctima (OMS, 2003; OMS, 2006; Sirlin, 2008; Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], 2012a; Gómez, 2013; Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL], 2016; OMS, 2016b).

Para que sea considerado maltrato hacia el adulto mayor se debe de llevar a cabo en una relación interpersonal existiendo lazos de confianza, cuidado, convivencia, dependencia, siendo agredidos por una persona de su núcleo familiar y social (personal de salud, personal de instituciones sociales, cuidadores, amigos o vecinos) (Iborra, 2008).

Hay una clasificación de los tipos de maltrato en el adulto mayor, tales, como, el maltrato físico, psicológico o emocional, sexual, financiero o material, abandono y negligencia (OMS, 2003; OMS, 2016b).

El *maltrato físico* es cualquier acto en el que se ejerce coerción física o restricción de su libertad de movimientos, mediante el uso de la fuerza física o de las drogas, realizándose en forma de golpe, empujones, pellizcos, quemadas, bofetadas, cortaduras, ataduras, castigos físicos (pegarles o manosearlos violentamente), forzándolos a realizar alguna actividad o contenciones; provocando daño o lesiones en la integridad corporal (pérdida de la funcionalidad, con la presencia de discapacidad temporal o permanente), dolor, algún tipo de deterioro físico (moretones, heridas, fracturas, quemaduras, etc.) o cognitivo y en forma extrema la muerte (OPS & OMS, 2003; Iborra, 2008; Giraldo, 2012; INAPAM, 2012; SENAMA, 2012a; Gómez, 2013; INAPAM & SEDESOL, s.f.a).

El *maltrato psicológico o emocional* es el acto vejatorio para los adultos mayores, no es visible a la percepción; consiste en forma de agresiones verbales (amenazas [golpearlos, abandonarlos, etc.], burlas, insultos, descalificación, intimidación, humillaciones, infantilización, usar palabras hirientes, denigrarlos, intimidarlos, formular falsas acusaciones, infligir pena, falta de respeto a las creencias, rechazo a los deseos de las personas mayores), no verbales (destrucción pertenencias personales, aislamiento o confinamiento social, discriminación, indiferencia a los sentimientos, silencios o indiferencia a lo que expresa el adulto mayor); provocando estrés, angustia, ansiedad, negación, desvalorización, sufrimiento, síntomas depresivos y de impotencia, tristeza, baja autoestima, culpa, vergüenza, temor, cambios de carácter (ira, apatía), dolor emocional o sufrimiento, inacción a la privacidad, pérdida de la autonomía, pérdida funcional; aumentando con ello, el riesgo de la muerte o de un suicidio (OPS & OMS, 2003; Iborra, 2008; Giraldo, 2012; INAPAM, 2012; SENAMA, 2012a; Gómez, 2013; SEDESOL, 2016; OMS, 2017a; INAPAM & SEDESOL, s.f.a).

El *maltrato económico o material* es el abuso, explotación, apropiación ilegal o indebido de bienes, valores, derechos, recursos económicos (fondos, pensiones, jubilaciones, ingresos), materiales (posesiones, patrimonios, propiedades, negocios) o recursos del adulto mayor por parte de terceros (familiares, amigos, cuidadores, instituciones [salud o sociales], etc.) sin su consentimiento; se realizan en forma de despojamiento, transformación, destrucción de bienes personales, fraude, estafa, engaño, robo, abuso de confianza, sustracción, retiro de dinero, firmas de poderes o de testamentos, extorsión o control del dinero de la pensión, bloqueo al acceso, daño, pérdida, retención o falsificación de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales u otras formas de apropiamiento indebido; provocando la obligación de atender a los nietos (OPS & OMS, 2003; Iborra, 2008; Jiménez, 2010; Giraldo, 2012; INAPAM, 2012; SENAMA, 2012a; Gómez, 2013; OMS, 2017a; INAPAM & SEDESOL, s.f.a).

El *maltrato sexual* es cualquier acto o acción de carácter con connotación sexual no consentido; consiste en el contacto o comportamiento sexual, intento de acción sexual, estimulación o gratificación sexual, amenazas sexuales, engaño, lastimar, insultar, obligarlo a participar en acciones de tipos sexual, utilización de la fuerza, no permitir el uso de protección, la realización de fotografías, la difusión de fotografías inadecuadas, incesto, lesiones en órganos genitales, violación, y otro tipos de coacción sexual; provocando lesiones, infecciones de transmisión sexual, estrés, ansiedad, actos autodestructivos (OPS & OMS, 2003; Iborra, 2008; Giraldo, 2012; INAPAM, 2012; SENAMA, 2012a; Gómez, 2013; INAPAM & SEDESOL, s.f.a).

El *maltrato por abandono* es el descuido en el adulto mayor por parte de la persona que asume el papel de responsable ante el cuidado que debe de tener la persona adulta mayor entrañado o tentativo; consiente e intencional se realizan en diferentes formas como el dejarlo en lugares peligrosos, encerrados, corriéndolos o despojándolos de sus hogares, dejándolos en la calle, abandonándolos en instituciones (salud o sociales), no brindarles atención adecuada, desentenderse del bienestar, perder el respeto por el adulto mayor, negación del afecto, negación a

cumplir las necesidades, no asumir la responsabilidad las instituciones o el personal (salud o social), desampararlo de manera voluntaria; provocando depresión, malnutrición, sufrimiento físico o emocional (OPS & OMS, 2003; Iborra, 2008; INAPAM, 2012; SENAMA, 2012a; INAPAM & SEDESOL, s.f.a).

La *negligencia* es el descuido, rechazo, omisión, negativa, error, la dejadez, voluntario o intencional (activo y esta es cuando se realiza a propósito), involuntario o no intencional (pasivo y es la consecuencia de un desconocimiento o incapacidad del responsable o cuidador) o la falta de acciones, obligaciones, cumplimiento, entrega o supervisión de elementos básicos y necesidades esenciales y vitales para el adulto mayor (alimentación, higiene, vestimenta, seguridad, tratamientos, atención médica, etc.); provocando desnutrición, deshidratación, suciedad, vestimenta inadecuada, infecciones, enfermedades y sufrimiento (Giraldo, 2012; SENAMA, 2012a; Gómez, 2013; OMS, 2017a).

Conforme a la SENAMA hay tres tipos de negligencia los cuales son: 1) negligencia física (son los servicios y productos para el funcionamiento físico y óptimo), 2) negligencia emocional (es el apoyo o la estimulación social y emocional), 3) negligencia económica (son los fondos o recursos necesarios que proporcionen una calidad de vida optima) (2012).

Así mismo el INAPAM y SEDESOL mencionan que hay otro tipo de maltrato que se debería de considerar el cual es el *maltrato estructural*, que consiste en no generar las condiciones para la satisfacción adecuada de las necesidades básicas del adulto mayor; consiste en deshumanizar el trato hacia el adulto mayor en instituciones de salud o sociales, gubernamentales o privadas, en los que son discriminados y marginados en cuanto a la seguridad, el bienestar social donde no se les cumple las leyes y normas sociales violentando los derechos que tiene el adulto mayor (s.f.a; SENAMA, 2012a).

Conforme a lo anterior, el maltrato en el adulto mayor es aquel acto que causa daños hacia el bienestar, la calidad de vida, los derechos y las necesidades del adulto mayor, generado por una conducta destructiva mediante el uso de confianza por parte de los encargados o responsable del cuidado; propiciando dependencia a los familiares y teniendo como obligación el cubrir las necesidades del responsable, el cuidado de los nietos, aportación de recursos económicos o de ingresos en el ámbito familiar.

Así mismo, sea el solucionador de los problemas que haya dentro del contexto en el que se encuentre el adulto mayor. Por lo cual, hay diversos tipos de maltratos los más caracterizados o más presenciales son el físico (este tipo es el más visible y perceptible), el psicológico (es un poco difícil de identificarlo, ya que este es mediante un instrumento que mida el estado emocional) y el económico (no se percibe y tienes que ser expresado por el adulto mayor para identificarlo). Los principales actores que lo generan son los familiares, ya que al haber un deterioro físico, cognitivo o social; los familiares (hijos, parejas de los hijos y los nietos) son quienes se convierten en los principales cuidadores o responsable de los adultos mayores, posteriormente la sociedad (cuidadores, personal de salud o sociales de las instituciones donde el adulto mayor interactúa).

Ahora bien, ya el haber definido referente el adulto mayor y el maltrato que hay hacia el adulto mayor, es necesario que conceptualizar y fundamentar las teorías del envejecimiento que van dando las pautas en cuanto al cambio que sufre el adulto mayor.

2.1.4 Teorías del envejecimiento

Actualmente existen muchas teorías que explican el proceso de envejecimiento en el aspecto biológico, psicológico y social. Para fines de esta investigación, solo se retomarán las teorías de carácter psicológico y social que explican el proceso de envejecimiento en relación con el maltrato hacia el adulto mayor.

Hay una gran variedad de teorías que buscan explicar los diversos cambios psicosociales producidos por el envejecimiento y su origen. Las *teorías psicosociales* que se analizaron y buscan retomarse son las siguientes: 1) teoría de la actividad y 2) teoría de la continuidad.

La *teoría de la actividad*, explica la inadaptación del adulto mayor en relación con los problemas sociales y las causas exactas. El adulto mayor durante el envejecimiento esta socialmente involucrado, independientemente de los roles sociales que desempeña. Así mismo, al haber mayor actividad por parte del adulto mayor habrá mayor satisfacción. Cuando no hay una satisfacción como consecuencia hay pérdida de actividad, producida por la sociedad; ya que es la principal responsable, propiciando que no posea la capacidad suficiente para reorganizar su vida conllevándolo a la desesperanza (Mishara & Riedel, 2002b; González, 2010; Martínez, 2012; Educación no formal, s.f.; Merchán & Cifuentes, s.f.).

Por ello el rol se define como el cargo o función que uno desempeña en alguna situación o en la vida (Ortiz, 2006; Educación no formal, s.f.), por lo cual, cuando un adulto mayor es privado o pierde ciertos roles (laborales, sociales o autonomía, perdidas familiares o conocidos, deterioro biopsicosocial) carece de roles de acoplamiento entre lo psicológico y social, resultando que carezca de propósito o identidad. Sobresaliendo por estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de rol social que desempeñe. Al tener diferentes roles sociales (amortiguadores) o interpersonales se relaciona con un nivel de adaptación o de satisfacción de vida, en edad avanzada (Belando, 2006; González, 2010; Educación no formal, s.f.; Robertexto, s.f.).

Por lo tanto, se deben descubrir o estar acompañado de nuevos papeles, actividades, trabajos o medios (hobbies, clubs o asociaciones) para conservar los antiguos. Es preciso reconocer el valor de la edad y atribuir nuevos papeles que sean valorados por la sociedad (manteniéndolos como trabajo normal) considerando la actividad física, social y laboral; en el que entre más activos permanezcan,

satisfactoriamente envejecerán; propiciando la felicidad, la satisfacción y la reconstrucción de su propia imagen. Ocasionando que el adulto mayor se mantenga, se sienta y sea productivo, útil, con posibilidad de actuar, sentirse que existe y activo en el contexto en el que se encuentre. Contando que se encuentren vinculados para envejecer con éxito que los ayude a sobrevivir ante determinados procesos de salud-enfermedad.

Al ser activos y el haber ampliado las actividades, cuentan con más probabilidades de disfrutar su vejez. Lo más importante son las actividades sociales que tienen sentido para el adulto mayor y no la actividad como tal. De lo contrario, al no ser así propicia la desgracia, el descontento, la sensación de inutilidad, centrándose en el adulto mayor (Belando, 2006; Ortiz, 2006; González, 2010; Chein & Pritchard, 2012; Martínez, 2012; Educación no formal, s.f.; Merchán & Cifuentes, s.f.; Robertexto, s.f.).

La *teoría de la continuidad* explica que debe considerarse al individuo en desarrollo permanente, ya que se puede predecir los comportamientos que tendrá el adulto mayor por las características presentadas en las etapas de vida previas. La vejez es el resultado y la prolongación de las etapas progresivas anteriores; manteniendo la personalidad del adulto mayor (el modo de vivir, pensar y actuar) y de comportamiento, a medida que se envejece los rasgos y características de la personalidad, van acentuándose en los valores previos y están condicionados por las habilidades desarrolladas previamente (Martínez, 2012; Educación no formal, s.f.; Merchán & Cifuentes, s.f.). En efecto la vejez no se es percibida como un proceso que deba desencadenar un reajuste en su vida, sino es un proceso que tiene que llevar para seguir siendo la misma persona (Chein & Pritchard, 2012).

Para ello esta teoría se basa en dos postulados. El primero se considera como una prolongación el paso a la vejez en cuanto a las experiencias, los proyectos, y los hábitos de su vida. Donde la personalidad y sus valores permanecen intactos. El segundo, cuando uno envejece aprenden a manejar estrategias para la adaptación,

ante reaccionar mejor frente a los sufrimientos, dificultades o pruebas de la vida y ante AVE (Ortiz, 2006; González, 2010).

Además, los rasgos sobre la personalidad son beneficios o limitantes al momento de aceptar cambios referentes a las creencias e ideas. Los valores se desarrollan al máximo y por ello tienden a volverse más estrictos o exigentes con los demás; porque sus acciones y expectativas se basan en los valores propios (Educación no formal, s.f.).

De acuerdo a Ortiz (2006) y González (2010) se debe considerar que no hay ruptura, ni transición entre la edad adulta y la tercera edad, tratando cambios menores u ocasionales surgidos por las dificultades de adaptación a la vejez, manteniendo una continuidad y estabilidad entre estas etapas transitorias.

Considerando lo anterior, al haber una separación en la continuidad; provoca una ruptura, haciendo complicado el proceso de envejecimiento (los intereses como la escasez de alternativas); promoviendo en continuar con el estilo de vida habitual, ya que la personalidad en la etapa de la vejez no debe ser distinta, si no ser semejante a las etapas previas (la juventud y la adultez) (Educación no formal, s.f.).

El comportamiento es condicionado por las habilidades desarrolladas; al encontrarse el adulto mayor con situaciones sociales diferentes a sus experiencias y la capacidad de respuesta en la adaptación a nuevos procesos. Cuando las situaciones sociales llegan a ser discontinuas, el estilo de vida está determinado por diversos factores, como los estilos personales, hábitos, gustos adquiridos y elaborados, la manera de ser y comportarse en el transcurso de la vida que persisten en la vejez. Por tal motivo el envejecimiento exitoso implica mantener o continuar los valores, hábitos, preferencias y lazos familiares previos, y todo lo que haya formado en la vida adulta (Mishara & Riedel, 2002a; Merchán & Cifuentes, s.f.; Robertexto, s.f.).

Referente al proceso de adaptación a nuevos cambios, se debe mantener las actividades desarrolladas (previas) o adquiriendo nuevas, que garanticen tener una vejez exitosa. Así como la satisfacción, continuando activo y sus costumbres, vinculados con la consistencia personal y su situación actual. En el que la seguridad y autoestima sirvan de apoyo para la vejez. (Merchán & Cifuentes, s.f.)

Por tal motivo al llegar la jubilación no debe haber una paralización o interrupción del crecimiento del adulto mayor y la sociedad. Se debe mantener la capacidad de crear o sobreponerse a las adversidades (habiendo una adaptación social) que se presenten en los diversos ámbitos (biopsicosocial) que rodeen al adulto mayor (Mishara & Riedel, 2002a; Belando, 2006; Martínez, 2012; Merchán & Cifuentes, s.f.).

Ahora bien, las *teorías psicológicas* explican los cambios psicológicos que sufre el adulto mayor al llegar a la etapa de la vejez. Por tal motivo se deben brindar diversas estrategias adaptativas para envejecer con éxito. Los desencadenantes que son cambios físicos del envejecimiento, la jubilación, el sobre llevar la muerte del conyugue o conocidos y el declive de la salud. Las teorías retomadas son: 1) teoría del desarrollo y 2) teoría del enfoque ciclo vital.

La *teoría del desarrollo* explica, que de acuerdo con lo que plantea Erikson, se percibe pérdida y ganancia al mismo tiempo. Ya que el individuo va transitando por ocho crisis, correspondientes a los cambios de la etapa vital. De acuerdo a la octava etapa, se debe de aceptar el modo de vida que se ha seguido integrando. Así mismo, el adulto mayor se siente merecido y satisfecho de haber vivido con sus decisiones previas (tomadas durante la vida) y aceptándolas como apropiadas e inevitables de las circunstancias que lo orillaron a tomarlas (Mishara & Riedel, 2002b; Villar, 2003). Al no producirse la aceptación de la etapa y de las crisis se vive la desesperación, el modo de hacerle frente a dicha desesperación es mediante la integridad. Las formas positivas de envejecer son cuando se expande la capacidad creativa, el compromiso con su entorno y la aceptación de los éxitos y los errores experimentando sentimientos de satisfacción (Mishara & Riedel, 2002b; Villar, 2003).

Al haber una resolución negativa de la crisis que presenta esta etapa se experimenta remordimientos hasta el grado de llegar al arrepentimiento por las decisiones tomadas a lo largo de su vida. Causando desilusión y apesadumbres por las equivocaciones que percibe que ha cometido. También las formas negativas de envejecer se pueden considerar como aislamiento, estancamiento, en el que se perciben sentimientos de culpa, depresivos principalmente experimentan el temor a la muerte (Villar, 2003).

La *teoría del enfoque ciclo vital* explica el ciclo vital humano, mediante las tres crisis con los cambios de la etapa vital. El cual se debe resolver para envejecer saludable y entender la identidad del trabajo, el bienestar físico y la existencia propia (Mishara & Riedel, 2002b; Villar, 2003).

A partir de la tarea evolutiva, son considerados como retos, objetivos o metas propuestas por la sociedad, esperando el cumplimiento de estas. Al ejecutarse y cumplirse satisfactoriamente hay un aumento del sentido de competencia, estimación de la comunidad y una preparación para el afrontamiento a futuras nuevas tareas. Las cuales son: 1) la adaptación de la fuerza física y el declive de la salud, 2) la jubilación y la reducción de ingresos, 3) la pérdida de la pareja y la viudez, 4) el adoptar y la adaptación de nuevos roles sociales y 5) el establecer satisfactorio de la vida por el hábitat físico (Villar, 2003).

Una vez mencionadas las teorías psicológicas es necesario conocer las *teorías sociales*. Dichas teorías se centran en los papeles y las relaciones, la capacidad de interacción con su contexto social (el cómo se adapta a la sociedad). También el sufrir diversas pérdidas (motoras, sociales, sensoriales, etc.), la reducción de la autonomía y disminución de su competencia. Además, durante el proceso de socialización, interioriza los diversos roles sociales que guían la conducta de acuerdo a las normas sociales independiente de los acontecimientos vividos. Las presentes teorías a considerar son 1) teoría de la desvinculación, retraimiento, desacoplamiento o desapego, 2) teoría del medio social, 3) teoría de la subcultura, 4) teoría de la

modernización, 5) teoría de los roles sociales, 6) teoría del etiquetaje o de la estigmatización.

La *teoría de la desvinculación, retraimiento, desacoplamiento o desapego* explica que la reducción de la actividad social es un proceso natural, universal, uniforme, adaptativo, transformación, declinación e inevitable. Mientras que el envejecimiento es acompañado de un retraimiento, distanciamiento o desvinculación, retiro y la separación mutua entre los que envejecen y la sociedad, donde interactúa. Cuando abandonan sus roles sociales y obligaciones se vive un envejecimiento satisfactorio (Mishara & Riedel, 2002a; Mishara & Riedel, 2002b; Villar, 2003; Belando, 2006; Ortiz, 2006; González, 2010; Martínez, 2012; Educación no formal, s.f.; Merchán & Cifuentes, s.f.; Robertexto, s.f.).

Ya sea por decisión propia (voluntariamente) o por otros (obligatoriamente) a retirarse de la vida activa, provocando la desconexión, ruptura o afección en la relación de ambos en los procesos internos (Mishara & Riedel, 2002a; Ortiz, 2006; González, 2010; Educación no formal, s.f.; Merchán & Cifuentes, s.f.; Robertexto, s.f.).

De acuerdo a Mishara y Riedel (2002b), Belando (2006), González (2010), Martínez (2012) y Educación no formal (s.f.) los factores causales que propician una desvinculación son por factores endógenos (del individuo o su medio), estereotipos y prejuicios existentes. Así mismo por la presión social y laboral, la transferencia del rol, la falta de posibilidad o presencia de limitaciones físicas, la reducción de la actividad en cuanto a la intensidad y frecuencia de la interacción social y la solidaridad que tenga que operar. Así mismo generando que existía una desvinculación selectiva (de algunos aspectos) y una desvinculación transitoria (en determinados periodos) o una desvinculación total (cuando hay pérdida).

Poco a poco como se va envejeciendo van disminuyendo, reduciendo o dejando de relacionarse y mezclarse en la vida social, intereses (hacia actividades y

acontecimientos sociales del entorno), liberándolos y ofreciéndole menos oportunidades (actividades competitivas o productivas y compromisos o responsabilidades sociales), propiciando el hacerse cargo ellos mismos del descenso de sus habilidades. Además de la pérdida de intereses vitales por objetos y actividades que posibilitan la interacción social (limitando el número de contactos sociales, exclusión del medio social, la pérdida de rol social o familiar), provocando la apatía emocional hacia los demás, aislándose socialmente (propiciando el desarrollo a enfermedades o discapacidad y la privación de apoyo afectivo, físico y económico), cerrándoles la posibilidad de participación y encerrándose en sus problemas propios hasta provocar una desvinculación; así como el grado de llegar al distanciamiento (Mishara & Riedel, 2002a; Mishara & Riedel, 2002b; Villar, 2003; Belando, 2006; Ortiz, 2006; González, 2010; Martínez, 2012; D. Pérez, 2016; Educación no formal, s.f.; Merchán & Cifuentes, s.f.; Robertexto, s.f.).

Hay dos tipos de roles, los cuales son a) los instrumentales, son la adaptación activa al mundo exterior y b) socio-afectivos, son la integración interna y el mantenimiento de los valores. Los hombres llevan a cabo los roles instrumentales, mientras que las mujeres los socio-afectivos (González, 2010).

Por tal motivo se debe de hacer un ajuste en el ámbito psicológico debido a los acontecimientos que se viven fuera de su voluntad. También ayudar a mantener el equilibrio brindándole beneficio personal y social, debe de existir la compañía, el apoyo, el afecto de parientes o amigos y la calidad dándole sentido y valor a la vida del adulto mayores, prepararlos para la desvinculación última (muerte o enfermedad), promover sentimiento de felicidad y satisfacción, procesos positivos para la familia y las relaciones cercanas, posibilitar la sustitución de las tareas y reorganización de los roles (Villar, 2003; Belando, 2006; González, 2010; Educación no formal, s.f.).

La *teoría del medio social o socioambiental* explica que el comportamiento en la vejez depende de condiciones y factores biológicos (personales) como sociales, del contexto en el que vive y se desenvuelve socialmente (con sus normas), obstáculos

materiales y lo que le ofrecen. Produciendo la interacción de la persona y su entorno (físico y social) (Mishara & Riedel, 2002a; Belando, 2006; González, 2010).

Es definido el nivel de actividad del adulto mayor, debido a la influencia de tres factores fundamentales, son: a) la salud; es un factor importante, ya que la mayoría están en tratamiento de sus enfermedades crónicas, b) el dinero; es un factor limitador, por la falta de recursos económicos, y c) los apoyos sociales; es un factor procedente del medio social, en el que la pareja o cónyuge (marido o esposa), la familia, incluso las relaciones sociales estimulan la actividad (Mishara & Riedel, 2002a; Belando, 2006; González, 2010; Robertexto, s.f.).

La *teoría de la subcultura* explica que personas mayores coincidentes en cierta edad (más de 65 años), comparten circunstancias bibliográficas (la pérdida de seres queridos, el vivir solos), así mismo, otras circunstancias comunes (la necesidad o cuidados de salud, situación económica, intereses culturales y sociales), que impulsan a la tendencia a generar y desarrollar una subcultura de la edad; estimada por características comunes y definidas, donde se reúnen e interactúan entre sí que con otro grupo de edad. Sin embargo, la formulación de la subcultura es por motivos del aislamiento, desapego y exclusión. Pretende que los adultos mayores mantengan su identidad, facilitar una autoestima positiva y permitir el establecimiento de comparaciones entre ellos (Mishara & Riedel, 2002a; Belando, 2006; Martínez, 2012; Arguello, 2017; Educación no formal, s.f.; Merchán & Cifuentes, s.f.).

Ya que al no tener una autoestima positiva pueden ser percibidos negativamente por cualquier otra persona o grupo de edad. Además, de no encontrar mayor comprensión hacia ellos. Cuando hay afinidad de rasgos; hay comprensión entre los iguales, así mismo, las experiencias ayudan y posibilitan el afrontamiento de acontecimientos o dificultades por los conocimientos de los demás (Educación no formal, s.f.; Merchán & Cifuentes, s.f.).

Conforme a Merchán & Cifuentes (s.f.) se ha facilitado la creación de instituciones sociales, como son los clubs sociales, hogares para jubilados, lugares de convivencia, teniendo como prioridad la relación entre ellos.

La *teoría de la modernización* explica la situación actual de los adultos mayores socialmente, ya que hace uno años gozaban de un estatus elevado y eran reconocidos por su edad, sabiduría y experiencia. Donde en el aspecto económico eran descalificados en el ámbito laboral, por las nuevas exigencias (competitividad y formación de la vanguardia), volviéndolos obsoletos por el aceleramiento de la jubilación propiciando una mayor pobreza y marginación (Ortiz, 2006; González, 2010; Educación no formal, s.f.).

Actualmente, el adulto mayor es despojado del estatus que se le daba tradicionalmente por causa de la sociedad moderna, las innovaciones tecnológicas que se van dando día a día y los nuevos valores educativos y sociales va formándose un ideal estereotipado del adulto mayor actual. Es necesario precisar, que el estatus social es influido por: a) el perfeccionamiento de la tecnología sanitaria, b) el desarrollo de la tecnología económica, c) la urbanización o abandono de las zonas rurales y d) los progresos en la formación (Ortiz, 2006; Educación no formal, s.f.; Merchán & Cifuentes, s.f.).

Es importante resaltar que el prestigio que se le da al adulto mayor es mediante el grado de modernización social que vive y su estatus. Independientemente del aspecto ideológico, social, religioso, cultural, actividad profesional, etc. (Arguello, 2017; Merchán & Cifuentes, s.f.).

La *teoría de los roles sociales* explica que son un conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y cultural, que sean cumplidos o ejercidos conforme el estatus social adquirido. Como se sabe, con el tiempo estos van cambiando (el contexto, o las etapas de desarrollo cronológico), obligando al adulto mayor a abandonar algunos desempeños anteriormente, Además, se debe

cumplir otros nuevos (Villar, 2003; Mishara & Riedel, 2002b; Belando, 2006; Merchán & Cifuentes, s.f.).

Hoy día, la asignación de los roles es mediante el ámbito familiar, ocupación profesional y dedicación a actividades. Así como, los medios de comunicación masiva. No obstante, eran asignados por la sociedad a lo largo de la vida, que eran asumidos como rol de hijo, padres, estudiante, por mencionar, algunos. En cuanto al individuo, él va adquiriendo un status o profesión social, así mismo su autoimagen y autoestima personal (Belando, 2006; Merchán & Cifuentes, s.f.).

De acuerdo con Merchán (2017) y Cifuentes (s/f) cuando el rol laboral se debe abandonar se vive la jubilación, donde hay una pérdida progresiva de los roles sociales. Al grado de terminar despojado de los demás roles, sin un lugar o status. Ya que en la jubilación al mismo tiempo reduce las actividades socio-culturales. A su vez en la vejez hay roles que se experimentan como son el rol de la viudedad (pérdida del rol de esposo), independencia de los hijos (cambio del rol de padre o madre), la adaptación de la participación social (Arguello, 2017).

La *teoría del etiquetaje o de la estigmatización* explica que al etiquetar a una persona mayor (senil o dependiente), propicia que sea percibida y tratada por la sociedad como tal. Causando la modificación de los roles, estatus y su identidad. Además de que se perciba así misma y su conducta sea orientada igual (Belando, 2006).

2.1.5 Envejecimiento activo

Para esto, es necesario conocer más acerca del envejecimiento activo. Como se sabe el envejecimiento es un proceso que optimiza, aprovecha y favorece las oportunidades en salud, participación continua y seguridad, de forma individual o colectiva, en las diversas actividades (socioculturales, económicas, laborales, Programas intergeneracionales, deportivas o de voluntariado), con el fin de tener un bienestar biopsicosocial (cuidados de acuerdo a las necesidades) y una mejor

calidad de vida (Proporciones protección, seguridad) en forma que envejecen y durante su envejecimiento, conforme sus necesidades, deseos y capacidades, derechos (Giró, 2006; Mendoza, Martínez, & Correa, 2009; Camacho, Gámez, Flores, & Guerrero, 2010; La Unión Europea y el envejecimiento activo, 2012; Mendoza & Martínez, 2012; Serrano, 2013).

Conforme a Mendoza et al., (2009) y Mendoza & Martínez (2012) el envejecimiento activo tiene 3 niveles de abordaje, como I) paradigma; permite el tener una visión de la vejez y el envejecimiento en relación con la capacidad biopsicosocial (la mayoría son funcionales actualmente), II) estrategia política; alternativa factible para el modelo actual donde se visualiza y percibe al adulto mayor como un ser decadente, enfermo, limitado (por su desarrollo social y económico), una carga. Por ello deben establecerse políticas fomentando el desarrollo del adulto mayor, y por ultimo III) programas y acciones comunitarias; deben desarrollarse modelos, donde se permita la implementación de estrategias logrando el empoderamiento de el mismo, para su máximo de bienestar, salud y calidad de vida. Del mismo modo participando para su beneficio y el de otros, mediante acciones de autocuidado, ayuda mutua y autogestión.

Ante esto, existiendo tres pilares del envejecimiento activo. El primero es la salud (el bienestar biopsicosocial), el segundo es la participación social (las necesidades, capacidades y deseos de las personas mayores, ya sea individual o colectivamente) y, por último, la seguridad y la protección (son los cuidados que necesitan de asistencia) (Serrano, 2013).

Hay autores que precisan que en la etapa de envejecimiento debe haber un crecimiento persona en el cual se añada vida a los años del adulto mayor. A fin de alargar la calidad y esperanza de vida centrándose en el reconocimiento y mejoramiento de los adultos mayores sobre la imagen positiva, los derechos humanos, la autonomía, los principios de independencia, las necesidades, participación y la dignidad asistencial. De este modo, se percibe al envejecimiento

activo, como una estrategia dirigida a la promoción de la salud, guiada por principios considerando la salud, la independencia, la participación, la dignidad, la asistencia y la seguridad; basándose primordialmente en las intervenciones sociales, dirigidas reconocer y a disminuir los factores de riesgo físicos (personal, conductual, estilos de vida), sociales (ambiental, contextual, sistemas sanitarios o sociales), económicos (laborales, ingresos) generando el fortalecimiento de los factores protectores de los adultos mayores para que disfruten un una mejor calidad de vida, un mejor bienestar y de más años de vida; a través de políticas activas enfocadas en la salud, la economía, el trabajo, la educación, la vivienda, lo social, etc. (OMS, 2001; Giró, 2006; Camacho et al., 2010; La Unión Europea y el envejecimiento activo, 2012; Orozco, Lauterio & Torres, 2012; Serrano, 2013).

De esta manera los individuos, la familia, los profesionales, las redes institucionales y comunitarias son parte del proceso del envejecimiento activo, a través de la combinación de los recursos y las capacidades. A fin de que se cuiden así mismas, se apoyen en parejas, se asistan unos a otros entre parejas, vecinos, amigos y comunidades; además de que sean respaldadas y den servicio a los que lo necesitan. También que los cuidadores tengan respiro y relevo, que existan políticas de salud en la sociedad (protección y mejoramiento), reduciendo las causas de enfermedad y capacidades, así mismo, estimularlos a que adquieran responsabilidad y solidaridad y la ayuda a los adultos mayores por parte de los profesionales sociales y de salud para el fomento en el empleo, la participación social, la autonomía, la salud y su bienestar (Camacho et al., 2010; Serrano, 2013).

Por otro lado, se debe brindar apoyo mediante el mantenimiento de los estilos de vida saludables, el fomento de actividades cognitivas, la atención de emociones y la participación social. De este modo no solo será activo físicamente sino también social y mentalmente por medio de la participación en actividades (recreativas, de voluntariado o remuneradas, socioculturales, educativas y de vida diaria de familiares o comunidades) (OMS, 2001; Serrano, 2013).

En este apartado como vimos, se consideró el marco teórico del aspecto social y psicológico, acerca del adulto mayor y el maltrato hacia el mismo, el cual era indispensable familiarizarse para poder formular una estrategia de intervención el cual es el programa por lo que fue claro que se hiciera el abordaje más amplio en este el aspecto para conocer y entender los cambios biológicos y las teorías del envejecimiento, así como los cambio en el contexto del adulto mayor propiciando el sufrir el maltrato. A continuación, se mostrarán los aspectos sociales del maltrato.

2.2 ASPECTOS SOCIALES

2.2.1 Determinantes de la salud

Ahora bien, los determinantes son un conjunto de factores (personales, sociales, económicos y ambientales) que determinan la salud del individuo o población (OMS 1998; Moiso, 2007; Berenguer, Pérez, Dávila & Sánchez, 2017).

Para ello, los determinantes de la salud son un conjunto de elementos o factores internos o externos complejos, que al interaccionar entre si condicionan la salud y enfermedad, determinando en sentido favorable (positivamente) o desfavorable (negativamente), a individuos, grupos o colectivos (Salleras, 1985; Perea, 2004; Ania, 2006; Rodríguez, 2007; Vignolo, Macri & Bálamo, 2007; Ávila-Agüero, 2009; Dahlgren & Whitehead, 2010; Díez, 2014).

En 1974, en el Informe Lalonde se estableció un marco referente a los factores que determinan el estado de salud como son: estilos de vida, medio ambiente, biología humana y servicios de salud. (Salleras, 1985; OPS, 1996; Aguilar, 2001; Perea, 2004; Ania, 2006; Acevedo, Martínez & Estario, 2007; Annan, 2007; Moiso, 2007; Limón, 2009; Bennassar, 2012).

Los determinantes de la salud de acuerdo con Lalonde como se mencionó anteriormente son los siguientes:

La *biología humana* se encarga de estudiar los factores y genéticos (hereditarios) y de envejecimiento (proceso de maduración) (Lalonde, 1974; Perea, 2004). En efecto, Ania (2006), Acevedo et al., (2007) y Bennassar (2012) mencionan que está condicionada por la carga genética y factores hereditarios. Sin embargo, están relacionados con la salud (física o mental), por su complejidad repercuten en forma múltiple, variada y grave, contribuyendo a la morbi-mortalidad (enfermedades crónicas, etc.) o trastornos genéticos (malformación congénita, etc.) (OPS, 1996; Lalonde, 1974).

El *medio ambiente* es modificable, está condicionado por la contaminación del ambiente (aire, agua, suelo, ambiente psicosocial o sociocultural), por factores biológicos (virus, bacterias, parásitos u hongos), factores físicos (ruidos, radiaciones y desechos), factores químicos y factores psicosocioculturales (dependencia, violencia, promiscuidad, hacinamiento, estrés, pobreza o marginación) (Lalonde, 1974; Perea, 2004). A su vez, son considerados como hechos o factores externos donde el individuo tiene poco o ningún control (Lalonde, 1974; OPS, 1996; Acevedo et al., 2007; Bennassar, 2012). Pero, afectan a diversos mecanismos no solamente la contaminación; sino también la adaptación (esta ayudará o perjudicará), los cambios de creencia (la cultura provoca aparición de enfermedad alterando la estabilidad y seguridad) (Ania, 2006).

Los *estilos de vida* son los relacionados con la conducta de salud (consumo de drogas, la falta de ejercicio físico, situaciones de estrés, consumo excesivo de grasas, promiscuidad, conducción peligrosa), hábitos insanos o no cumplir recomendaciones terapéuticas (Lalonde, 1974; Perea, 2004). Así mismo, el ser sanos o insanos condicionan el proceso salud-enfermedad (Acevedo et al., 2007; Bennassar, 2012). No obstante, son el conjunto de decisiones que toma la persona sobre su salud, ejerciendo control. Las malas decisiones son perjudiciales conllevándolo a un riesgo y a propiciar la contribución de consecuencias (Lalonde, 1974; OPS, 1996). Ciertamente, para Ania (2006), estos influyen en mayor medida

ya que van configurando a la persona, el estilo o la forma de vivir, inculcándole principios, y actitudes por la misma familia.

El *sistema de asistencia sanitaria* incluye la calidad, cobertura, acceso y gratuidad (Lalonde, 1974; Perea, 2004). Además, de ser un conjunto de centros o instituciones, los recursos humanos, materiales y económicos que condicionan la accesibilidad eficacia y efectividad (Acevedo et al., 2007; Bennassar, 2012). Aunque Lalonde (1974) y la OPS (1996) refieren que consisten en la cantidad, calidad, orden índole y relación entre personas y los recursos de prestación del servicio. Donde se incluya la medicina, enfermería, hospitales, hogares del adulto mayor, servicios públicos comunitarios, etc.

Como se representa a continuación en el esquema 1, referente al efecto relativo de los determinantes de la salud donde el estilo de vida es el que determina más la salud de un individuo, seguido por el medio ambiente donde interactúa el individuo.

Figura 1. Efecto relativo de los determinantes de la salud



Fuente: Aguilar, 2001

En dichos determinantes hay un grupo de factores que se encuentran en el modo de vida (malas condiciones, inestabilidad familiar, soledad, baja escolaridad, etc.) (Louro, 2003).

De acuerdo a Pérez en 1989, refiere que los determinantes están constituidos por instancias, las cuales son: a) la regulación de la personalidad (regulación de toma de decisiones personales, reflejo de necesidades y motivos individuales, imagen de relaciones, normas y valores sociales, el reflejo de uno mismo, las reacciones emocionales), b) las relaciones sociales con participación del individuo (laborales, familiares, etc.), así mismo el servicio de salud y c) la representación del estado de salud del mismo individuo.

Se puede deducir que los determinantes de la salud son modificables. Por tal motivo, se recomienda acciones en materia de salud pública que sean dirigidos a estos, porque son influenciados por factores sociales (Salleras, 1985; Ávila-Agüero, 2009). La participación (personal de salud, comunitaria, etc.) alentará y apoyará la creación y el desarrollo de redes y acciones, recogiendo, transmitiendo e intercambiando información para el desarrollo de políticas, estrategias y medidas de intervención en los diferentes determinantes (Ávila-Agüero, 2009).

Conforme a la OMS (1998), Wilkinson y Marmot (1998), y Rodríguez (2007), otros factores determinantes sobre la salud son: el *ingreso y posición social*; son la distribución del control sobre las circunstancias de vida y la capacidad de tomar acción. Las *redes de apoyo social*; son la ayuda y estímulo que perciben las personas al hacer frente a una situación donde se mantenga la circunstancia de vida efectivamente. La *educación*; hay una combinación de información y aptitudes que colocan al individuo hacer frente, permitiéndole la participación mediante las oportunidades y actitudes. El *empleo y condiciones de trabajo*; son las condiciones y estabildades, propiciando la salud.

Conforme a los *entornos físicos seguros y limpios*; cuando son combinados con otros, se propicia una vida segura. Las *características biológicas y constitución genética*; son capacidades fisiológicas, anatómicas y mentales, que van cambiando y desarrollándose a lo largo de la vida. Los *hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación*; son las acciones para la prevención de enfermedades mediante la promoción del autocuidado y por último el *servicio de salud*; es la vinculación entre los servicios preventivos y los de atención primaria, incluyendo programas de atención, bienestar y de educación en salud. Al combinarse todos estos se crean las condiciones de vida, ejerciendo impacto en la salud (OMS, 1998; Moiso, 2007; Berenguer et al., 2017).

Los principales determinantes de la salud, por los cuales un adulto mayor puede sufrir maltrato en esta etapa de la vida son:

Referente al *género* en el maltrato hacia el adulto mayor, hay autores que manifiestan que masculino y femenino son propensos a sufrir maltrato. Sin embargo, las mujeres tiene mayor prevalencia a vivir maltrato porque el contexto social condiciona a la mujer como un ser inferior y en cambio, para algunos son los hombres (OPS & OMS, 2003; Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [CONAPAM], 2004; Justicia de Aragón, 2004; Strejilevich, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; OMS, 2006; Arguello, Garretera & Cervera, 2007; Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], Sociedad Española de Geriátría y Gerontología [SEGG] & Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007; Osorio, 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Morera, 2008; Rueda, De la Red, Vega, Nieto, Niño & Arquiga, 2008; Sirlin, 2008; Lathrop, 2009; Sepúlveda–Carrillo, Arias–Portela, Cuervo–Rojas, Gutiérrez–Gómez, Olivos–Álvarez, Rincón–Hernández, Tenjo–Bello & Valbuena–Martínez, 2009; Dahlgren & Whitehead, 2010; Bautista-Martínez, 2012; Giraldo, 2012; González, 2012; SENAMA, 2012b; Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [CONAPAM], 2013; Gómez, 2013; SENAMA, 2013; Sistema Nacional de Salud & Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC], 2013;

Burnett, Achenbaum & Murphy, 2014; Savio, Lozano & Panza, 2014; Universidad Maimónides, 2015; Giraldo, 2015b; SEDESOL, 2016; OMS, 2016b; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

En relación a la *edad*, hay una diversidad de parámetros ya que conforme el adulto mayor vaya teniendo más años el organismo va a ir viviendo un deterioro progresivo en el aspecto biopsicosocial. Se dice que a mayor edad habrá mayor riesgo a sufrir maltrato, también es a partir de los 60 años en adelante, de los 71 años en adelante, a partir de los 75 años en adelante, y mayores de 80 años (OPS & OMS, 2003; CONAPAM, 2004; Justicia de Aragón, 2004; Strejilevich, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; Arguello et al., 2007; IMSERSO, SEGG & OMS, 2007; Osorio, 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008; Lathrop, 2009; Sepúlveda–Carrillo et al., 2009; Dahlgren, & Whitehead, 2010; Adams, 2012; Bautista-Martínez, 2012; Giraldo, 2012; González, 2012; SENAMA, 2012b; CONAPAM, 2013; Gómez, 2013; SENAMA, 2013; Sistema Nacional de Salud & CENETEC, 2013; Burnett et al., 2014; Savio et al., 2014; Giraldo, 2015b; SEDESOL, 2016; OMS, 2016a; OMS, 2016b; Fernández, s.f.; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

Con respecto al *estado civil*, el estar viudo o viuda, porque existe mayor prevalencia de sufrir maltrato a causa de la desprotección y apoyo de la pareja, para otros autores, el estar casado o casada también puede ser un determinante para que exista presencia del maltrato en el adulto mayor, en este caso, puede ser por parte de alguno de los cónyuges (Barbero et al., 2005; Arguello et al., 2007; IMSERSO, SEGG & OMS, 2007; Osorio, 2007; Rueda et al., 2008; Lathrop, 2009; Sepúlveda–Carrillo et al., 2009; Dahlgren, & Whitehead, 2010; SENAMA, 2012b; CONAPAM, 2013; Gómez, 2013; Savio et al., 2014; Universidad Maimónides, 2015; OMS, 2016b; Caritas bienestar del adulto mayor I.A.P., s.f.).

Referente al *nivel educativo* son los adultos mayores analfabetas y los que tienen bajo nivel escolar (Strejilevich, 2004; Morera, 2008 Sepúlveda–Carrillo et al., 2009; Adams, 2012).

En el *estrato económico*, el bajo nivel de ingreso, problemas o dificultades económicas, insuficientes recursos y el vivir con carencia de la jubilación o insuficiente pensión (OPS & OMS, 2003; Justicia de Aragón, 2004; Barbero et al., 2005; OMS, 2006; Osorio, 2007; Morera, 2008; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008; Dahlgren, & Whitehead, 2010; Jiménez, 2010; Pérez & Chulián, 2013 Sistema Nacional de Salud & CENETEC, 2013).

En relación a la *ocupación del adulto mayor* el desempleo, al no pertenecer activos va creando dependencia y a su vez deterioro de la calidad de vida del adulto mayor (OPS & OMS, 2003; OMS, 2006; Sepúlveda–Carrillo et al., 2009).

Con respecto al *deterioro o deficiencia de la salud*, es el deterioro o deficiencia física y cognitiva (OPS & OMS, 2003; Justicia de Aragón, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; Arguello et al., 2007; IMSERSO, SEGG & OMS, 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Leturia & Etxaniz, 2008; Rueda et al., 2008; Lathrop, 2009; Dahlgren, & Whitehead, 2010; Adams, 2012; Giraldo, 2012; González, 2012; SENAMA, 2012b; CONAPAM, 2013; Gómez, 2013; Pérez & Chulián, 2013; Sistema Nacional de Salud & CENETEC, 2013; Burnett et al., 2014; Savio et al., 2014; Giraldo, 2015b; SEDESOL, 2016; OMS, 2016b; Fernández, s.f.; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

En relación con la *discapacidad*, es física, psicológica y cognitiva (CONAPAM, 2004; Justicia de Aragón, 2004; Letelier, 2005; Osorio, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Morera, 2008; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008; González, 2012; SENAMA, 2012b; SENAMA, 2013; Burnett et al., 2014; Contreras & Suarez, 2014; SEDESOL, 2016; OMS, 2016b; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

Acerca de los *trastornos de adulto mayor* como determinantes de la salud del maltrato son los trastornos físicos, cognitivos o mentales y de personalidad (OPS & OMS, 2003; Strejilevich, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; OMS, 2006; Osorio, 2007; Iborra, 2008; Rueda et al., 2008; Bautista-Martínez, 2012; CONAPAM, 2013; OMS, 2016b).

Los determinantes de la salud referentes al *estado de la salud físico* son la inhibición motora, el impedimento físico, la incontinencia, falta de higiene, enfermedades crónicas o progresivas, úlceras de decúbito, alteración del sueño (OPS & OMS, 2003; CONAPAM, 2004; Justicia de Aragón, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; Arguello et al., 2007; Osorio, 2007; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008; Dahlgren & Whitehead, 2010; Jiménez, 2010; Adams, 2012; Giraldo, 2012; González, 2012; SENAMA, 2012b; Pérez & Chulián, 2013; SENAMA, 2013; Burnett et al., 2014; Savio et al., 2014; Giraldo, 2015b; Fernández, s.f.).

Los determinantes del *estado de salud psicológico* se encuentran la depresión, ansiedad, baja autoestima, autopercepción negativa de la salud (valoración subjetiva), somatización, miedo o sentimientos a la soledad, estados de alteración emocional, cansancio, somnolencia, tristeza, agresividad y las enfermedades psiquiátricas (Justicia de Aragón, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; Arguello et al., 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008; Dahlgren & Whitehead, 2010; Giraldo, 2012; González, 2012; SENAMA, 2012b; CONAPAM, 2013; Gómez, 2013; Pérez & Chulián, 2013; Sistema Nacional de Salud & CENETEC, 2013; Giraldo, 2015b; SEDESOL, 2016; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

Con relación al *estado de salud cognitivo-conductual*, se encuentran las alteraciones conductuales, la demencia (senil, sensorial y delirium), el Alzheimer, disminución de la memoria, impedimento mental, disminución mental, déficit en competencias o problemas de comunicación, falta de competencias para resolver o afrontar conflictos, decisivas para resolver conflictos y negociar, la pérdida de autonomía y la

dificultad para expresar emociones (OPS & OMS, 2003; Justicia de Aragón, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; OMS, 2006; Arguello et al., 2007; IMSERSO, SEGG & OMS, 2007; Osorio, 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008; Lathrop, 2009; Dahlgren & Whitehead, 2010; Adams, 2012; Giraldo, 2012; SENAMA, 2012b; Pérez & Chulián, 2013; Burnett et al., 2014; Savio et al., 2014; Universidad Maimónides, 2015; Giraldo, 2015b; SEDESOL, 2016; Caritas bienestar del adulto mayor I.A.P., s.f.; Fernández, s.f.; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b.).

Con respecto a los *antecedentes del adulto mayor*, las lesiones físicas anteriores e inexplicables, los antecedentes de violencia familiar y los antecedentes de maltrato doméstico o familiar (Strejilevich, 2004; Barbero et al., 2005; Arguello et al., 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Leturia & Etxaniz, 2008; Morera, 2008; Dahlgren & Whitehead, 2010; Bautista-Martínez, 2012; SENAMA, 2012b; Gómez, 2013; Sistema Nacional de Salud & CENETEC, 2013; Savio et al., 2014; SEDESOL, 2016; Fernández, s.f.; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

Sobre las *adicciones del adulto mayor*, adicciones en general (abuso del alcohol y de sustancias) (OPS & OMS, 2003; Burnett et al., 2014).

Se puede decir que algunos de los determinantes de la salud son modificables y que estos en conjunto, al interactuar entre ellos mismos condicionan la salud del adulto mayor o de su colectivo, ya sea promoviendo la salud o perjudicándola. El cual no solo afecta la condición biológica del ser humano; sino también el medio donde interactúa y sus aptitudes. Así mismo, como sus hábitos adquiridos durante su vida. Por ello es necesario que se diseñen y creen acciones y programas en salud, donde se consideren estos determinantes. A su vez los determinantes de la salud del maltrato en el adulto mayor son diversos ya que estos van interactuando entre ellos, como se pudo percibir el maltrato es más notorio en las mujeres por cuestiones

culturales, donde son consideradas como personas inferiores, la edad entre mayor edad mayor será el riesgo, también las situaciones económicas, todo va interactuando para el adulto mayor sufra de algún tipo de maltrato.

2.2.2 Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son un conjunto de circunstancias, características, condiciones o factores (sociales, políticos, laborales, económicos, ambientales y culturales), donde el individuo nace, crece, vive, labora, envejece; incluyendo también el sistema de salud que afecta en gran medida en su salud, por estar reflejados en la jerarquía social, promoviendo o deteriorando la salud del individuo o un grupo social (Moiso, 2007; López, Escudero & Carmona, 2008; OMS, 2008; Álvarez, 2009; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012; OMS, 2013; Ministerio de Salud [MINSAL], 2014; Secretaria de Salud, 2014; MINSAL 2015; Berenguer et al., 2017).

Los determinantes sociales de la salud son construidos por los determinantes estructurales y la relación con el individuo, su conducta y sus hábitos orientados a proteger la salud, el uso de los servicios de salud y su condición de vida (biopsicosocial) (Annan, 2007; López et al., 2008; OMS, 2008; MINSAL, 2014).

Dicho otro modo, los determinantes sociales son el contexto social y las condiciones sociales, de igual modo pueden ser alterados (reducen) por medio de intervenciones (políticas, sociales o individuales) (Dahlgren & Whitehead, 2010; MINSAL, 2014; MINSAL, 2015; Sáenz, 2015; Observatorio de equidad en salud del hospital de Usaquén, s.f.).

En el 2005, la Organización Mundial de la Salud, estableció la Comisión referente a los Determinantes Sociales de la Salud, para ofrecer asesoramiento respecto a la manera de mitigarlos, a través de intervenciones y políticas públicas, para el

mejoramiento de la salud y disminuir la inequidad sanitaria. (Annan, 2007; Moiso, 2007; López et al., 2008; OMS, 2013).

Sin embargo, en el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, proponen tres recomendaciones generales: a) mejoramiento de la condición de vida (salud, laboral, social o familiar), b) luchar con la distribución de inequidad o desigualdad de poder, dinero o recursos (estructurales y procesos sociales) y por último, c) la medición y análisis del problema (el cual por medio de acciones se genere información que permita el entender y medir el problema social y de salud, así mismo del impacto de las intervenciones empleadas) (López et al., 2008; OMS, 2013).

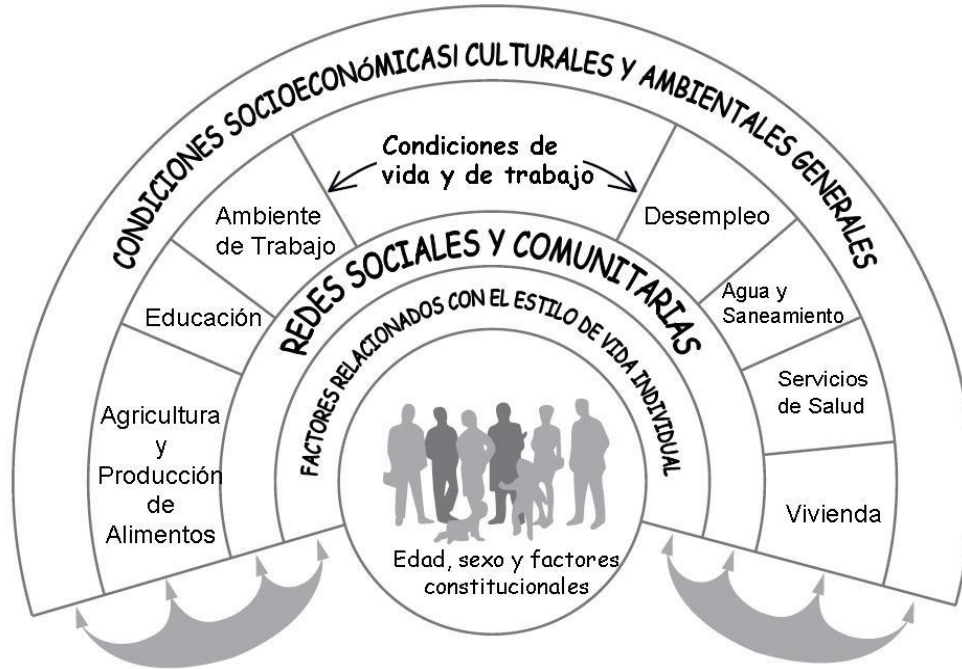
Es prioritario que se identifiquen y destaquen los determinantes sociales de la salud, por varios motivos, en primer lugar, cada uno es importante, además de que están relacionados entre sí. En segundo lugar, actúan repercutiendo en diversos ambientes (individual, familiar, comunidad o social). En tercer lugar, llegan a ser acumulativos (por que estructuran comportamientos diferentes). En cuarto lugar, pueden ser causales (ayudarían a predecir la variación de la salud) y por último, actúan en ambos sentidos (interactuando mutuamente) (Moiso, 2007; OMS, 2008; Berenguer et al., 2017).

Por tal motivo, referente a Pérez (1989), se deben considerar diversos niveles en los determinantes sociales de la salud los cuales son: a) macrosocial; por la relación entre la formación (socio-económica) con la salud ya sea de una región, país o comunidad, b) grupal; por la relación que hay en el modo de vida, la condición de vida y la salud grupal y c) individual; la relación de los estilos de vida, las condiciones de vida y la salud del individuo.

De acuerdo a Dahlgren y Whitehead, el modelo de los determinantes sociales de la salud, explica que son el resultado de la interacción entre los niveles de condición causal, a partir del individuo (los estilos de vida) a la comunidad (las normas y redes

sociales, la cultura), y las políticas de salud (nacionales) (1991; Annan, 2007; Moiso, 2007; Dahlgren & Whitehead, 2010).

Figura 2. Modelo de determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1991

Como se puede observar en el esquema anterior, en *el centro* se localiza el individuo; así mismo, la edad, sexo y factores genéticos, que influyen condicionando su salud, los cuales no son modificables. La *categoría siguiente*, representa las conductas o comportamientos personales y los estilos de vida. *Posteriormente*, se encuentran las influencias sociales y comunitarias que influyen en la conducta personal. *La siguiente*, son los factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo, provisión de alimentos y acceso a los servicios. *Por último*, los mediadores de la salud, influenciados por la economía, la cultura y medioambientales prevaecientes en la sociedad en conjunto, los cuales producen presión sobre las otras categorías, perseverando en los estilos de vida (individual), en las normas y las redes sociales, la condición de vida y el trabajo, la relación del entorno socioeconómico y cultural (Moiso, 2007; Dahlgren & Whitehead, 2010; Sáenz, 2015).

De acuerdo con Dahlgren y Whitehead en el 2010, los determinantes sociales de la salud pueden ser influidos ya sea por las decisiones personales, comerciales (medios de comunicación) o políticas, los cuales pueden beneficiar la salud, mediante factores positivos, de protección o de riesgo.

Los *factores positivos para la salud*, son los que contribuyen en mantener la salud (seguridad económica y alimentaria, vivienda digna, etc.). El controlar los acontecimientos vitales, disfrutar de relaciones (familiares y sociales), proporcionando estabilidad emocional (Dahlgren & Whitehead, 2010).

Los *factores de protección*, son los que eliminan el riesgo de salud (enfermedades o padecimientos) y psicosociales (apoyo social, sentido de finalidad, dirección en la vida) y ayudan a proteger la salud (Dahlgren & Whitehead, 2010).

Los factores o condiciones de riesgo son los causantes de problemas de salud y enfermedad prevenibles. Pueden ser sociales, económicos, contexto donde interactúa, estilos de vida, etc. (Dahlgren & Whitehead, 2010).

La atención debe ser centrada principalmente en los factores de riesgo, para identificar los factores positivos y protectores que beneficien la salud del individuo (Dahlgren & Whitehead, 2010).

Los determinantes sociales de la salud asociados a la interrelación familiar por los cuales un adulto mayor es maltratado son:

Referente a las *dependencias del adulto mayor* en el maltrato del adulto mayor son la dependencia económica, social, cognitiva, física, emocional, conductual y de vivienda (OPS & OMS, 2003; Justicia de Aragón, 2004; Strejilevich, 2004; Barbero et al., 2005; OMS, 2006; Arguello et al., 2007; IMSERSO, SEGG & OMS, 2007; Osorio, 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Morera, 2008; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008;

Lathrop, 2009; Dahlgren & Whitehead, 2010; Jiménez, 2010; Giraldo, 2011; Adams, 2012; Bautista-Martínez, 2012; Giraldo, 2012; González, 2012; SENAMA, 2012b; CONAPAM, 2013; Gómez, 2013; Pérez & Chulián, 2013; Sistema Nacional de Salud & CENETEC, 2013; Burnett et al., 2014; Contreras & Suarez, 2014; Savio et al., 2014; Giraldo, 2015b; SEDESOL, 2016; OMS, 2016b; Fernández, s.f.; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

Con relación del *estado de salud del responsable o cuidador* del adulto mayor son la sobrecarga física, el cansancio o agotamiento físico y las enfermedades crónico degenerativas, entre otras (OPS & OMS, 2003; Justicia de Aragón, 2004; Strejilevich, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; Arguello et al., 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Rueda et al., 2008; Lathrop, 2009; Dahlgren & Whitehead, 2010; Adams, 2012; SENAMA, 2012b; Gómez, 2013; Fernández, s.f.).

Sobre los determinantes sociales de salud en el *estado de salud psicológica responsable o cuidador* del adulto mayor está el estrés por el aumento de dependencia del adulto mayor, la tensión emocional, el estado de alteración emocional, (enojo, ira, impaciencia, rabia y la frustración), incapacidad emocional, depresión, agresividad, baja autoestima, enfermedades psiquiátricas y la ansiedad (OPS & OMS, 2003; Justicia de Aragón, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; Arguello et al., 2007; IMSERSO, SEGG & OMS, 2007; Osorio, 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Morera, 2008; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008; Lathrop, 2009; Dahlgren & Whitehead, 2010; Giraldo, 2011; Adams, 2012; Giraldo, 2012; González, 2012; SENAMA, 2012b; CONAPAM, 2013; Gómez, 2013; Pérez & Chulián, 2013; Sistema Nacional de Salud & CENETEC, 2013; Abusleme & Caballero, 2014; Burnett et al., 2014; Contreras & Suarez, 2014; Savio et al., 2014; Universidad Maimónides, 2015; OMS, 2016b; Caritas bienestar del adulto mayor I.A.P., s.f.; Fernández, s.f ; INAPAM & SEDESOL, s.f.a.).

Acerca del *estado de salud cognitiva del responsable o cuidador* del adulto mayor son los trastornos mentales (OPS & OMS, 2003; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Morera, 2008; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008; Dahlgren & Whitehead, 2010; Adams, 2012; SENAMA, 2012b; Savio et al., 2014; Giraldo, 2015b; OMS, 2016b; INAPAM & SEDESOL, s.f.b.).

Sobre los *aspectos personales del responsable o cuidador* del adulto mayor se encuentran que son mayores de 50 años, desempleados, con pobreza, dificultades o problemas económicos, falta de estabilidad laboral, sobrerresponsabilización (crianza, educación y las labores domésticas) por parte de las hijas del adulto mayor y los problemas personales (pareja, amistades) (OPS & OMS, 2003; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; OMS, 2006; Arguello et al., 2007; Osorio, 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Morera, 2008; Sirlin, 2008; Dahlgren & Whitehead, 2010; Lathrop, 2009; Giraldo, 2011; Giraldo, 2012; SENAMA, 2012b; Gómez, 2013; Sistema Nacional de Salud & CENETEC, 2013; Fernández, s.f.).

En relación con el *cuidado del adulto mayor* los determinantes son la capacitación deficiente, el desconocimiento total de los cuidados del adulto mayor, el no asumir el papel de cuidador o responsable del adulto mayor, la falta de tiempo para el cuidado del adulto mayor (por motivos laborales del familiar), la falta de recursos (económicos y materiales) para los cuidados, el cuidado es brindado por un familiar única persona, el cuidado a un adulto mayor por mucho tiempo, los cuidados brindados por más de 8 años, los cuidados brindados por más de 9 años y los cuidados agotados más de 5 años (OPS & OMS, 2003; Justicia de Aragón, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; Arguello et al., 2007; IMSERSO, SEGG & OMS, 2007; Osorio, 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Morera, 2008; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008; Lathrop, 2009; Giraldo, 2011; Adams, 2012; CONAPAM, 2013; Gómez, 2013; Pérez & Chulián, 2013; Savio

et al., 2014; Universidad Maimónides, 2015; OMS, 2016b; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

Conforme a la *dependencias del responsable del cuidado* del adulto mayor se identificaron los determinantes tales como, la dependencia económica, social, emocional y de vivienda (OPS & OMS, 2003; Justicia de Aragón, 2004; Letelier, 2005; Arguello et al., 2007; Osorio, 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Rueda et al., 2008; Lathrop, 2009; Dahlgren & Whitehead, 2010; Adams, 2012; González, 2012; SENAMA, 2012b; Pérez & Chulián, 2013; Abusleme & Caballero, 2014; Savio et al., 2014; Universidad Maimónides, 2015; OMS, 2016b; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

En el *ámbito familiar* se identificaron el hacinamiento, el testamento o repartición de bienes y la migración del hijo más joven (OPS & OMS, 2003; Barbero et al., 2005; Arguello et al., 2007; IMSERSO, SEGG & OMS, 2007; Lathrop, 2009; SENAMA, 2012b; Universidad Maimónides, 2015; OMS, 2016b; Fernández, s.f.).

Sobre el *parentesco del responsable del cuidado* del adulto mayor los que ejercen el maltrato en la familia nuclear del adulto mayor (conyugue o los hijos), en la familia extensa del adulto mayor (hermanos o nietos) y en la familia ampliada del adulto mayor (nuera o yerno) (OPS & OMS, 2003; Letelier, 2005; Osorio, 2007; Iborra, 2008; Morera, 2008; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008; Sepúlveda–Carrillo et al., 2009; Gómez, 2013; Pérez & Chulián, 2013; Savio et al., 2014; Universidad Maimónides, 2015; OMS, 2016b).

En cuanto a las *relaciones familiares* están la falta de apoyo (familiar y del responsable a cargo del cuidado del adulto mayor), las relaciones familiares disfuncionales, el debilitamiento de los vínculos intergeneracionales, los problemas de comunicación, la desaparición de roles, los resentimientos familiares, la falta de privacidad entre los miembros de la familia, la falta de respeto intergeneracional, la

tensión entre los miembros de la familia, los conflictos intergeneracionales e intrafamiliares, las relaciones intergeneracionales deficientes, la erosión de las estructuras o lazos familiares tradicionales y la dependencia de los miembros de la familia (OPS & OMS, 2003; Justicia de Aragón, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; OMS, 2006; IMSERSO, SEGG & OMS, 2007; Osorio, 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Sirlin, 2008; Rueda et al., 2008; Lathrop, 2009; Giraldo, 2011; Bautista-Martínez, 2012; Giraldo, 2012; González, 2012; SENAMA, 2012b; Pérez & Chulián, 2013; Sistema Nacional de Salud & CENETEC, 2013; Abusleme & Caballero, 2014; Universidad Maimónides, 2015; Giraldo, 2015b; OMS, 2016b; Fernández, s.f.; INAPAM & SEDESOL, s.f.a).

Ahora bien, en las *redes sociales* están el aislamiento social del adulto mayor, el aislamiento social del responsable o cuidador del adulto mayor, el tener pocos contactos sociales, la pérdida del círculo social y las relaciones sociales menos satisfactorias (OPS & OMS, 2003; Justicia de Aragón, 2004; Strejilevich, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; OMS, 2006; Arguello et al., 2007; IMSERSO, SEGG & OMS, 2007; Osorio, 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008; Lathrop, 2009; Dahlgren & Whitehead, 2010; Giraldo, 2011; Adams, 2012; Giraldo, 2012; González, 2012; SENAMA, 2012b; CONAPAM, 2013; Gómez, 2013; Pérez & Chulián, 2013; Sistema Nacional de Salud & CENETEC, 2013; Burnett et al., 2014; Savio et al., 2014; Giraldo, 2015b; Universidad Maimónides, 2015; OMS, 2016b; Caritas bienestar del adulto mayor I.A.P., s.f.; Fernández, s.f.; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

Para el *ámbito social* se identificó la invisibilidad al maltrato, la inexistencia de programas de apoyo, la dificultad de acceso a recursos, la desigualdad social, la falta de apoyo social y la falta de valores sociales (OPS & OMS, 2003; Strejilevich, 2004; Osorio, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Morera, 2008; Giraldo, 2011; Adams, 2012; Giraldo, 2012; González, 2012; SENAMA, 2012b; Sistema Nacional de Salud & CENETEC, 2013; Burnett et al., 2014; Giraldo, 2015b; Universidad

Maimónides, 2015; OMS, 2016b; Caritas bienestar del adulto mayor I.A.P., s.f.; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

Por otro lado en la *percepción del adulto mayor* está determinado el maltrato hacia el adulto por la percepción de la Imagen estereotipada del adulto mayor (débiles, frágiles, sobrecarga social, carga o familiar), las actitudes negativas hacia el adulto mayor (gerontofobia) y la discriminación por edad (OPS & OMS, 2003; CONAPAM, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; OMS, 2006; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008; Lathrop, 2009; CONAPAM, 2013; Universidad Maimónides, 2015; OMS, 2016b; Caritas bienestar del adulto mayor I.A.P., s.f.).

Referente a los *cuidadores o personal de salud* del adulto mayor son la baja remuneración salarial del personal, la escasas de personal, el síndrome de burnout por el personal, la falta de capacitación, la falta de comunicación, la dificultad de interacción, la preparación del personal deficiente y la sobrecarga de trabajo (OPS & OMS, 2003; Justicia de Aragón, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; Arguello et al., 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Rueda et al., 2008; Lathrop, 2009; Adams, 2012; Pérez & Chulián, 2013; Sistema Nacional de Salud & CENETEC, 2013; Abusleme & Caballero, 2014; MINSAL, 2014 INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

En cuanto a los *antecedentes del responsable o cuidadores* que determinan el maltrato en el adulto mayor son el haber tenido antecedentes de violencia intrafamiliar, antecedentes de maltrato en su infancia, antecedentes de trastornos mentales o emocionales y antecedentes de arresto o delitos (Justicia de Aragón, 2004; Barbero et al., 2005; Letelier, 2005; Arguello et al., 2007; Osorio, 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Rueda et al., 2008; Sirlin, 2008; Lathrop, 2009; Sepúlveda-Carrillo et al., 2009; Dahlgren & Whitehead, 2010; Giraldo, 2011; Bautista-Martínez,

2012; González, 2012; SENAMA, 2012b; Gómez, 2013; Pérez & Chulián, 2013; Burnett et al., 2014; Contreras & Suarez, 2014; Savio et al., 2014; Fernández, s.f.; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

Para las *adiciones del responsable o cuidador*, como determinantes sociales se identificaron el abuso de sustancias (alcohol, drogas y sustancias psicotrópicas) (OPS & OMS, 2003; Barbero et al., 2005; OMS, 2006; Arguello et al., 2007; IMSERSO, SEGG & OMS, 2007; Osorio, 2007; Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores, 2007; Iborra, 2008; Leturia & Etxaniz, 2008; Morera, 2008; Rueda et al., 2008; Lathrop, 2009; Dahlgren & Whitehead, 2010; Giraldo, 2011; Adams, 2012; Giraldo, 2012; SENAMA, 2012b; CONAPAM, 2013; Pérez & Chulián, 2013; Sistema Nacional de Salud & CENETEC, 2013; Contreras & Suarez, 2014; Savio et al., 2014; Giraldo, 2015b; OMS, 2016b; Fernández, s.f.).

Como vimos anteriormente se puede decir que, los determinantes sociales de salud son aquellos factores externos que interactúan con el adulto mayor a nivel familiar, social e institucional en el contexto donde interactúa el adulto mayor. Los determinantes sociales del maltrato hacia el adulto mayor se identificaron que el responsable o cuidador a cargo de la atención su contexto determina la salud del biopsicosocial del adulto mayor. Lo cual el maltrato es producido por un núcleo familiar principalmente (hijos o conyugue), la situación económica del responsable, las adiciones, los antecedentes previos de violencia en el responsable del cuidado de los hijos, el estado de salud física, psicológica y mental de los cuidadores, todo ello va interactuando a mayor riesgo identificado en los responsables, mayor será la probabilidad de riesgo del adulto mayor a sufrir maltrato.

A continuación, se muestra una tabla sobre los determinantes de la salud y los determinantes sociales de la salud en el maltrato hacia el adulto mayor.

Figura 3. Determinantes del maltrato hacia el adulto mayor

Salud individuales	Sociales de la salud (familiares y cuidadores)
<ul style="list-style-type: none"> • Ser mujer • Edad avanzada (mayores de 80) • Viudo(a) o Casado(a) • Analfabetas o bajo nivel de escolar • Bajo nivel de ingresos • Carencia de jubilación o pensión insuficiente • Desempleo • Deterioro físico, cognitivo y psicológico • Incontinencia • Falta de higiene • Enfermedades crónicas • Alteración del sueño • Depresión • Ansiedad • Baja autoestima • Autopercepción negativa de la salud • Enfermedades psiquiátricas • Falta de competencias para resolver o afrontar conflictos • Adicciones en general (abuso del alcohol y de sustancias) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia familia • Cansancio o agotamiento físico • Enfermedades crónico degenerativas • Estrés • Estado de alteración emocional (enojo, ira, impaciencia, rabia frustración) • Desempleo y pobreza • Dificultades o problemas económicos • Falta de estabilidad laboral • Sobrerresponsabilización • Problemas personales (pareja, amistades) • Capacitación deficiente • Desconocimiento total de los cuidados del adulto mayor • Cuidado brindado por un familiar o única persona. • Hacinamiento • Familia extensa o ampliada • Relaciones familiares disfuncionales • Debilitamiento de los vínculos intergeneracionales • Problemas de comunicación • Tener pocos contactos sociales • Pérdida del círculo social • Inexistencia de programas de apoyo • Falta de valores sociales • Percepción de la imagen estereotipada del adulto mayor • Discriminación por edad • Antecedentes de violencia intrafamiliar

Fuente: Elaboración propia, 2018

2.2.3 Familia

De acuerdo a los determinantes de salud y sociales del maltrato hacia el adulto mayor, por lo cual es necesario precisar que la familia juega un rol importante.

Conforme a Cabral (1980), Friedemann (1995), Herrera (1997), Morales (1999), Espinal, Gimeno y González (2000), Musitu (2000), Arriagada (2001), Quiroz (2001), Fericgla (2002), Pérez (2003), Cifuentes (2005), Osorio (2007), Valladares (2008), Carmona (2011), Durán (2012), Méndez (2016c), Instituto Interamericano del Niño [IIN] (s.f.) y Vargas (s.f.), la familia es un grupo de personas unidas y que conviven en un mismo hogar, emparentados o vínculos entre los miembros por lazos de filiación (consanguíneos, adaptivos y matrimonio), de alianza (espiritual, afectivo, apoyo, aceptación, comprensión, compañerismo, amor y respeto, solidaridad, etc.), por un fin común para su existencia y supervivencia (seguridad, económico, social, etc.), que se encuentra estructurada y organizada por los roles establecidos dentro de la familia (padre, madre, hermanos, etc.) y fuera de ella (interacción social). Por otra parte, las familias no tradicionales constituidas por personas, no vinculadas ni por sangre o matrimonio (Lippman y Bradford, 2003).

Sin embargo, es la primera red social (como recurso o refugio) del individuo, reflejo de la sociedad (instrumento socializador) Generando nuevas personas para la adquisición de la identidad, la transmisión de normas, valores, apoyo en los acontecimientos o la solución de problemas (Musitu, 2000; Louro, 2003; Cifuentes, 2005; Baeza & Poblete, 2006; Osorio, 2007; Sirlin, 2008; Enciclopedia Británica, 2009; Durán, 2012; Serrano, 2013; Mabel, 2015; Berenguer et al., 2017; IIN, s.f.).

La familia como sistema tiene objetivos encaminados a la finalidad para la reproducción y la generación de nuevos individuos sociales, como el brindar seguridad afectiva y económica a sus miembros, satisfacer las necesidades de los miembros, proporcionar goce sexual y enseñar y proporcionar respuestas adaptativas para una interacción social (Morón, 2010; Carmona, 2011; Berenguer et

al., 2017; IIN, s.f.). Las familias se clasifican de acuerdo al número de miembros y por su tipología.

En la composición por el *número de miembros* se encuentran tres categorías: a) familia pequeña está conformada por dos a tres miembros, b) familia mediana por cuatro a seis integrantes y c) familia grande es de siete miembros en adelante (Louro, 2002; Valladares, 2008).

En la composición por la tipología está conformada por a) familia nuclear es el sistema básico y está conformada por los padre, madre e hijos (por descendencia o adopción), b) familia monoparental, está integrada por los hijos viven con un solo padre ya sea mamá o papá y esta puede ser causada por diversas acontecimientos entre ellos se encuentran la separación, el divorcio, la muerte, el abandono, la adopción por un persona soltera, la procreación asistida, c) familia biparental esta integradas por padre madre e hijos y es caracteriza por que los padres están ausentes, d) familia extensa está compuesta por el padre, madre e hijos además de abuelos, tíos, tías primos, sobrinos y otros parientes (medios hermanos) que vivan en un mismo lugar, e) familia ampliada esta se conforma cuando a la nuclear o extensa se integran parientes y amistades de convivencia o afinidad y f) familias apartadas en la que los miembros se encuentran aislados o distantes emocionalmente (Louro, 2002; Rosales & Espinosa, 2008; Valladares, 2008; Enciclopedia Británica, 2009; Durán, 2012; Méndez, 2016a; Méndez, 2016c).

Es importante resaltar que la familia es considerada un sistema abierto por la dinámica de cambio y crecimiento, va sufriendo un proceso natural con el pasar del tiempo, donde manifiesten cambios permanentes tolerantes o intolerantes por los diferentes momentos que atraviesa la familia, y por la estructura que va adquiriendo a esto se le es denominado como ciclo vital de la familia (Benatar, 1993; Louro, 2002; Cevallos, 2011; Durán, 2012; IIN, s.f.; Vargas, s.f.).

De acuerdo a Osorio en el 2007, refiere que el ciclo vital de la familia está conformado por tres etapas. La primera es la de *nupcial o encuentro*, inicia con la vida de pareja hasta que llega el primer hijo. La segunda es la *formación y educación de los hijos*, donde adquieren madures los nuevos padres y por último la etapa tres que es la del *lanzamiento*, la partida de los hijos (nido vacío) y se empezaron a vivir su vejez.

Conforme a Louro (2002) y Valladares (2008) el ciclo vital de la familia está conformado por cuatro etapas. La primera es *la formación e integración*, inicia en el matrimonio y termina con el nacimiento del primer hijo, caracterizada por el matrimonio, el embarazo, el nacimiento y el ajuste a los nuevos roles construyendo su proyecto de vida. La segunda es *la extensión*, donde existe una pequeña contrariedad ya que para Louro es del nacimiento del primer hijo hasta la independencia de uno de ellos y para Valladares es desde el nacimiento del primero hijo hasta la independencia del último, donde la familia sufre cambios debido al crecimiento y desarrollo de los hijos. La tercera etapa es *la contracción*, esta inicia a partir de la independencia de algún hijo hasta la pérdida del conyugue, también es caracterizada como el nido vacío por no permanecer algún hijo en el hogar y la cuarta etapa es *la disolución* va desde la muerte del primer conyugue hasta la muerte del segundo, se caracteriza además por el ajuste de roles y la reestructuración de la familia cuando existe la pérdida del primer conyugue.

Por otro lado, Vargas refiere que el ciclo vital de la familia está conformado por seis etapas. Las cuales son (s.f.):

La *etapa I la formación e integración del matrimonio*; esta abarca desde el matrimonio hasta en nacimiento del primer hijo, se caracteriza por la construcción de la pareja mediante un proceso de evolución para consensar a matrimonio, el ajuste de los roles individuales, el acoplamiento de los intereses y necesidades y la construcción del proyecto de vida.

La *etapa II la extensión*; esta abarca a partir del nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último, se caracteriza por el redefinir el aspecto sexual y sentimental de la pareja, la reestructuración para los nuevos roles que deben de ejercer y el desarrollo y educación de los hijos en la etapa preescolar (la autonomía, la socialización y el control). En ocasiones la llegada de los hijos provoca inestabilidad familiar (conflictos, enfermedades emocionales, dificultad en la comunicación).

La *etapa III la extensión completa*; esta abarca a partir del nacimiento del último hijo al abandono del hogar del primer hijo, se caracteriza por el desprendimiento de los hijos para abrirse a la sociedad, los hijos pasan por eventos vitales como la infancia, la adolescencia, y culminando al ser adultos jóvenes).

La *etapa IV la contracción parcial*; esta es a partir de la partida del primer hijo del hogar, se caracteriza por las pérdidas, deben reestructurarse los roles y funciones de la familia.

La *etapa V la contracción completa o el nido vacío*; esta es el abandono del hogar por parte del último hijo, se caracteriza por el enfrentamiento de la partida de los hijos, sufrirá cambios por la presencia de la vejez.

La *etapa VI la disolución*; esta va desde la muerte del primer conyugue hasta la muerte del segundo, se caracteriza por el fallecimiento, la finalización del ciclo vital, asentamiento de enfermedades.

Dicho lo anterior, el ciclo vital de la salud familiar está determinado por un funcionamiento para bien bienestar o daño de la familia. Por esto se debe definir que la función es un conjunto de comportamientos que satisfacen necesidades de la familia, también es ser facilitadora sobre el desarrollo y la construcción de identidad de cada miembro (Baeza & Poblete, 2006).

Ahora de acuerdo a lo anterior, el funcionamiento familiar es la capacidad que tiene la familia para alcanzar sus objetivos, realizar actividades para el cumplimiento de sus necesidades, así como el enfrentar y superar las crisis y las adversidades por las que pasan en cada etapa del ciclo de la vida (Louro, 2002; Louro, 2003; Valladares, 2008; Morón, 2010; Cevallos, 2011; IIN, s.f.; Vargas, s.f.). Por otro lado, cuando la familia no tiene buen funcionamiento les produce una disfunción familiar la cual es cuando se encuentra perturbada la estabilidad familiar, hay actitudes negativas y no hay cubrimiento de necesidades (Díaz, Cardona, Castila, García, Muñoz & Emperatriz, 2014; IIN, s.f.).

Las funciones que debe proporcionar la familia a cada miembro son: a) funciones nutritivas donde se satisfacen las necesidades para la supervivencia, b) funciones normativas son las de creación y establecimiento de límites, hábitos, reglas, normas y el autocontrol, c) funciones socializadoras en la adaptación del individuo con su entorno, la portación de valores y creencias del contexto sociocultural, d) funciones biológicas son los actos sexuales y la reproducción de la especie, e) funciones económicas son el mantener a los miembros improductivos, la satisfacción de necesidades básicas (alimento, sustento, techo, etc.) y la transmisión de bienes, f) funciones protectoras son el brindarle cuidado y seguridad a cada miembro de la familia, sin importar que etapa de la vida estén cursando (niños y adultos mayores) o que problema de salud biopsicosocial tenga y las tensiones de la vida cotidiana, y g) funciones solidarias son el desarrollo de apoyo, afecto y la reciprocidad mutua entre los miembros de la familia (Herrera, 1997; Arriagada, 2001; Louro, 2003; Cifuentes, 2005; Baeza & Poblete, 2006; Osorio, 2007; Valladares, 2008; Marco, 2009; Morón, 2010; Carmona, 2011; Durán, 2012; Serrano, 2013; Berenguer et al., 2017; IIN, s.f.).

Ahora bien, la familia en el adulto mayor es un medio de interacción fundamental en el adulto mayor, ya que es la generadora de aceptación, de afecto (el ser amado) y respeto para él, mediante el percibirlos como seres útiles y modificando la autopercepción social, familiar como individual o puede ser un factor de calidad en la

vida del adulto mayor (Rodríguez, 2009; Carmona, 2011; Serrano, 2013; Berenguer et al., 2017).

Conforme a las estructuras de la vida familiar, antes mencionadas. El tipo de familia del adulto mayor son tres; *la extensa* porque el adulto mayor suele vivir con la familia de alguno de sus hijos. Mientras que para otros adultos mayores es *la ampliada* porque algunos viven con su familia nuclear (su hijo soltero), al ingresar la novia de su hijo, o cuando el adulto mayor es cuidado por otra persona ajena a su familia pasa a convertirse su familia nuclear a familia amplia. Y por último *la apartada* ya que las relaciones intergeneracionales son deficientes, lo cual provoca el aislamiento de algunos familiares hacia el adulto mayor, así como la eliminación del afecto en la familia.

No obstante, para Cifuentes (2005), existen otros dos tipos de familia del adulto mayor. La primera es *la epileptiote* la familia evade el desplazamiento de la familia, consta de una estructura rígida y cerrada, no acepta con facilidad el que ingrese una persona nueva a su núcleo familia. Y la segunda es *las esquizoides*, existe una dificultad para la búsqueda de la nueva identidad que debe adquirir el adulto mayor, existe la discriminación, se caracteriza por la disolución mediante las rupturas de los vínculos.

De acuerdo a las etapas del ciclo vital de la familia mencionadas con anterioridad. Las que se encuentra el adulto mayor son: a) para Osorio el lanzamiento ya que aquí el adulto mayor como se mencionó antes queda solo en su hogar y empieza a vivir su proceso de envejecimiento (2007) y b) para Vargas (s.f.) son la contracción completa porque ya está el nido vacío solo queda la pareja lo cual se debe de estructurar socialmente y mentalmente para vivir su proceso de envejecimiento y su vejez. Mientras que la otra es la disolución donde la pérdida del conyugue propicia otra reestructuración del adulto mayor social y personalmente; y en pareja donde debe de aceptar que en algunas ocasiones esta es dependiente de su familia.

Las funciones que debe de cumplir la familia con el adulto mayor son: a) cubrir sus necesidades biopsicosociales, b) brindar protección, c) ofrecer afecto, d) respetar la identidad y libertad del adulto mayor y e) ofrecer relaciones interfamiliares equilibradas (Strejilevich, 2004; Olivo, 2009; Cevallos, 2011).

Con respecto al *rol familiar*, retomando lo anterior, el rol es el cargo o función que uno desempeña en alguna situación o en la vida. Por ello, el rol familiar es el conjunto de funciones o papeles construidos socialmente, que realiza cada integrante de la familia conforme a sus cualidades y conocimiento, en busca del equilibrio familiar (Moragas, 1998; Satir, 2005; Ortiz, 2006; Mendoza, 2012; Méndez, 2016b; Educación no formal, s.f.).

Sin embargo, estos dependerán de la historia familiar, la historia intergeneracional, los valores culturales, el contexto en el que vive y las circunstancias o relaciones que se encuentran presentes en la familia (Moragas, 1998; Méndez, 2016b).

Cuando hay un adulto mayor en la familia hay dos temáticas a considerar; la primera es el papel de la familia en el la vida y el desarrollo del adulto mayor, y la segunda es el rol que debe desempeñar el adulto mayor dentro de su familia (Contreras & Suarez, 2014).

Dicho lo anterior, los roles que deben de realizar la familia hacia el adulto mayor son: a) apoyo afectivo (refuerzo de los vínculos afectivos con la familia y emociones), b) apoyo material, c) apoyo económico, d) distribución de roles familiares (domésticos y de cuidado), e) apoyo de pertenencia (integrados, útiles dentro de la familia y la sociedad), f) ser el soporte principal de apoyo social de las personas mayores, g) contar con información, habilidades y conocimientos (para el cuidado del adulto mayor), h) apoyo familiar en la vejez (durante el proceso de envejecimiento otorgándole bienestar al adulto mayor, atención y cuidado), i) cooperación o ayuda mutua, j) participación de todos sus miembros, k) frecuentar al adulto mayor (visitas o estar en contacto telefónico), l) mostrar solidaridad (preocupación en su estado

actual), m) establecimiento de reciprocidad (sentimientos, valores y actividades), n) satisfacción de necesidades del adulto mayor (alimento, sustento, techo y afecto) y ñ) proveedora de cuidados (Guzmán & Sosa, 2002; Piña, 2002; Strejilevich, 2004; Barbero et al., 2005; Cifuentes, 2005; Osorio, 2007; Sirlin, 2008; Marco, 2009; Carmona, 2011; Cevallos, 2011; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO] & Secretaría General de Política Social y Consumo, 2011; González, 2012; Mendoza, 2012; Díaz et al., 2014).

Los roles del adulto mayor son: el doméstico, el de cuidadores (de los nietos o de cada integrante de la familia), el ser independiente, la interacción permanente con los familiares, la participación en los espacio sociales, el realizar tareas y actividades fuera del hogar, ser transmisores de experiencia y sabiduría (sobre lecciones de vida, consejos, costumbres), ayudar en la crianza de sus nietos, la participación dentro del hogar, el apoyo social para la familia, el apoyo económico y el ser abuelos (Moragas, 1998; Piña, 2002; Strejilevich, 2004; Cifuentes, 2005; Enciclopedia Británica, 2009; Marco, 2009; Carmona, 2011; Cevallos, 2011; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, IMSERSO & Secretaría General de Política Social y Consumo, 2011; Montes de Oca & Macedo, 2012; Serrano, 2013; Contreras & Suarez, 2014; Díaz et al., 2014; Mabel, 2015; Risolidaria, s.f.).

Otro aspecto importante es la *comunicación familiar*, por consiguiente, determinaremos que la comunicación es un proceso interactivo para desarrollar entendimiento mutuo, impulsar, consolidar y acrecentar la relación, condiciona los vínculos de interacción (Andersen, 1985; Satir, 1991; Zuloaga & Franco, 2002; Zuloaga & Franco, 2005).

Además de ser el ambiente donde comprende el intercambio para la trasmisión en la comunicación directa (cara a cara). También al ser adecuada y en positivamente la comunicación existen sentimientos de bienestar, permitiéndoles expresar deseos, preocupaciones y sentimientos (Baeza & Poblete, 2006; Marco, 2009; Mendoza, 2010).

Referente a los *valores familiares* se puede percibir que los valores son principios, cualidades y prioridades que poseen las personas para la toma de decisiones sobre lo correcto e incorrecto, caracterizándose por ser buenos, dignos de aprecio o estimación, en el que podemos llevar una vida grata y armoniosa, como personalmente y hacia el contexto que nos rodea (Garzón, 2001; Peña, 2016; Ventura, 2016).

De este modo los valores familiares son normas o ideas establecidas en las relaciones personales entre los integrantes de la familia acorde al modo de vivencia y permanencia por sentimiento, afecto o intereses para la familia (Ramírez, 2010; Peña, 2016).

Los valores en la familia del adulto mayor, son la alegría, tolerancia, generosidad, solidaridad, respeto, compañerismo, flexibilidad, amor, dignidad, cooperación, libertad, reciprocidad, cohesión, justicia, pertenencia, responsabilidad, lealtad, autoestima, honestidad, humanidad, equidad, honradez, sinceridad y veneración hacia el adulto mayor. Como se describen a continuación (Osorio, 2007; Marco, 2009; Ramírez, 2010; Carmona, 2011; García, 2013; Serrano, 2013; Contreras & Suarez, 2014; González, 2014; Romero, 2015; Ventura, 2016).

- La alegría se procura el apoyo a las necesidades, la solución a conflictos o dificultades y el compartir los triunfos y fracasos entre los integrantes de la familia (Ramírez, 2010).
- La generosidad, principalmente se fomenta en la familia, es el actuar o hacer algo, el compartir sentimiento u objetos de valor a favor de otras personas desinteresadamente y con gusto. A través de este valor se obtiene la empatía (Ramírez, 2010; García, 2013; Romero, 2015).
- El respeto también es fomentado dentro del núcleo familiar, este debe ser mutuo hacia uno mismo como a los demás integrantes, respetando las opiniones,

sentimientos, decisiones, pensamientos, preferencias, privacidad y al individuo como persona (Ramírez, 2010; García, 2013; Romero, 2015; Ventura, 2016).

- La justicia fomenta a establecer lo correcto a cada integrante familiar (Romero, 2015).
- La responsabilidad es el asumir las consecuencias de los actos, donde sea consciente de sus deberes y obligaciones (Ramírez, 2010; García, 2013; Romero, 2015).
- La lealtad es por medio del reconocimiento y la aceptación de los vínculos familiares, fortaleciendo y salvaguardando los vínculos, los valores, la aceptación, el reconocimiento y brindando apoyo a los miembros de la familia (Ramírez, 2010; Romero, 2015).
- El autoestima es indispensable para el individuo, caracterizado por la confianza, el sentimiento y la capacidad de sí mismo. Basados en los pensamientos, experiencias, sensaciones y sentimientos por los que ha pasado el miembro de la familia (Ramírez, 2010; Romero, 2015).
- La pertenencia, por parte de cada integrante donde se sientan queridos, amados, respetados, valorados, indispensables y que pertenecen a un contexto o núcleo familiar (García, 2013; Romero, 2015).
- La flexibilidad es el orden de los horarios y las estructuras familiares (García, 2013).
- La honestidad es primordial en las relaciones familiares, al no haber honestidad en la familia se rompe la conexión entre los miembros. La honestidad se debe al fomento de la comprensión y el respeto (García, 2013; Romero, 2015; Ventura, 2016).

- La equidad es tener igualdad entre los miembros de la familia (Ventura, 2016).
- La comunicación determina el cómo se comunican los integrantes de la familia, así como el expresar y escuchar a cada uno de ellos, al ser mala producirá malentendido e infelicidad entre los miembros de la familia, por lo cual se debe de manejar el tono, volumen, expresión, contacto visual y lenguaje verbal o corporal (García, 2013; Romero, 2015).

En dicho sentido las *relaciones familiares*, se considera como la red principal de apoyo y bienestar del adulto mayor, deben reestructurarse cuando se incorpore un miembro familiar. Por un lado son funcionales y armoniosas por las relaciones socioafectivas mediante el proporcionar y estimular sentimientos de arraigo, de seguridad, utilidad, autoestima, apoyo social, valoración, afecto, confianza, comprensión, comunicación y dialogo entre los miembros intergeneracionales de la familia, propiciando una mejor calidad de vida en el ciclo vital familiar (Guzmán & Sosa, 2002; OPS & OMS, 2003; Cifuentes, 2005; Osorio, 2007; Marco, 2009; Carmona, 2011; Cevallos, 2011; González, 2012; Montes de Oca & Macedo, 2012; Ropero, 2013; Serrano, 2013; Díaz et al., 2014; Acuña, Barrios, Martínez, Taborda & Vargas, 2015; Cruz & Elizaga, 2016; Vejez y vida, s.f.).

Y por el otro, son complicadas o disfuncionales ya que no se logra establecer vínculos afectivos, en el cual el vivir en armonía, el ambiente de seguridad o confianza y los lazos sentimentales y afectivos en ocasiones no se cultivan o no se está dispuesto a falta de interés y esfuerzo de los integrantes de la familia. Propiciando conflictos y tensiones en la salud familiar (Pacheco, 2009; Berenguer et al., 2017; Zuloaga & Franco, s.f.).

De acuerdo a Pacheco en el 2009, existen aspectos o principios para una relación familiar saludable, positiva o armoniosa, como:

- a) El establecer o asumir roles adecuados y necesarios, para el buen funcionamiento familiar. Por medio del reconocimiento como personas activas y vitales para la familia, involucrándolos a participar y comprometerse en la preocupación hacia los demás, determinando los roles de los padres e hijos, del adulto mayor y todos los que integran la familia del adulto mayor.

- b) Se desarrollen y fortalezcan las buenas relaciones familiares por medio de una comunicación positiva, clara, directa, continua. Procurando no imponer o convencer las ideas, emociones o estado de ánimo de los demás integrantes.

- c) El compañerismo sano mediante el fomento amistoso entre los mismos integrantes, a través del conocerse y dedicarse tiempo, sin considerar las preferencias o la obligación a convivir juntos.

- d) El aprender a manejar a los integrantes conflictivos, en crisis o difíciles de tratar con el desarrollo creativo de soluciones para las relaciones familiares, el manejo de los miembros susceptibles a cambios o circunstancias que los involucren en busca de la paz familiar.

- e) El trabajar por medio de la construcción y manteniendo las tradiciones, momentos especiales de convivencia, además de no abandonarlos.

- f) El profesar una religión en la familia donde los lleve a la búsqueda de buenas relaciones familiares.

Y por último la *percepción familiar del papel del adulto mayor*, donde percepción conforme la RAE es la acción y efecto de percibir o la sensación interior resultado de una impresión hecha por uno mismo como ideas, imágenes impresiones o sensaciones sobre algo (2001c; 2001d).

Por ende, la familia ayuda al otorgamiento de bienestar, seguridad y protección en los adultos mayores, puesto que esta determinado por factores de tipo físicos, materiales, psicológicos, y afectivos, donde, por consecuente, la familia es la que se hace responsable del cuidado del adulto mayor, la formación de la imagen de percepción y cooperación del adulto mayor (Rodríguez, La Rosa & Reyes, 2006; Docampo, Barreto & Santana, 2009).

Así mismo, en la actualidad se sigue percibiendo al adulto mayor y a la vejez como una etapa rígida, estigmatizándolos con estereotipos y actitudes negativas (Padilla, 2005; Olivo, 2009).

No obstante las formas de percepción negativas sobre el adulto mayor son: la variación física (incapacidad de ejercer roles socioculturales), el ser inútiles e improductivos para las labores domésticas (barrer, asear y cocinar), responsable de asumir el rol de padres de los nietos (cuidado mientras no están en la casa, el recogerlos después del colegio), la limitación en la vida del adulto mayor (social y familiar), alguien sin rol en la dinámica familiar, no poder exigirles respeto a los nietos si no es delegado por los padres, obligados a realizar tareas instrumentales en busca del bienestar familiar (alimenticio y sustento), generador de necesidades del hogar (alimentación), sobrecarga, no tener lugar en el contexto familiar o social, enfermizos o discapacitados, desequilibrio y disfunción en la estructura familia, pierde su libertad, interferencia para la intimidad familiar, sobreprotegerlos, infantiles, estorbos y depositarios de tradiciones, valores y sabiduría (Piña, 2002; OPS & OMS, 2003; Cifuentes, 2005; Padilla, 2005; Serrano, 2013; Contreras & Suarez, 2014; González, 2014; Risolidaria, s.f.).

En cambio, se debería cambiar la percepción que se realiza por parte de la familia al adulto mayor ya que la jubilación no caracteriza el estar viejo (Osorio, 2007). Además de, ser una persona optimista (Mabel, 2015), ser querido, valorado, respetado comprendido (Olivo, 2009).

2.2.4 Estilos de vida

Conforme a Kickbusch (1986), OMS (1998), Gómez (2005), Lip y Rocabado (2005) y Aguilar (2014), el estilo de vida, es un conjunto de comportamientos que pueden identificar y llegan a ser estables, manifestándose a nivel individual, social o colectivo, siendo resultado de la interacción de las características individuales, sociales y la condición de vida (socioeconómica y ambiental). Cumpliendo con la función de designar la forma de vivir conforme la caracterización del individuo y el dirigir su conducta. A través, de las reacciones habituales y las pautas desarrolladas en el proceso de socialización.

Sin embargo, son el conjunto de actividades que la persona, pueblo, grupo social o familia llega a realizar diariamente o de manera consistente y frecuente, dependiendo de los conocimientos, las necesidades, posibilidades u otros aspectos, manteniendo la salud (Cockerham, 2007; Universidad La Salle, 2010; OM-C, 2014).

También es cierto que, los estilos de vida, pueden ser entendidos como saberes, prácticas, concepciones, hábitos o valores individuales y colectivos, ya sea favoreciendo o desfavoreciendo la salud de la persona o su contexto. Ya que a nivel individual se llega a encontrar diversos factores generando el deterioro y la adquisición de diversas enfermedades, que propician la degradación de la calidad de vida (Universidad Autónoma del Estado de México [UAEM], 2007).

Además, de ser el modo de comportarse de la persona, porque pueden agruparse y enlazarse, hacia una meta el cual llega a ser afectivo e inspirador a nivel interpersonal (Nawas, 1971).

De este modo, se puede entender como la conducta consistente (práctica habitual) en relación con la salud, posibilitando o limitando el aspecto social y su condición de vida (De la Cruz & Pino, s.f.).

En general, los patrones son específicos midiendo el bienestar y actuando como factor de protección o riesgo, ejerciendo efecto en la salud (propiciando enfermedades crónicas o de otra índole) del individuo u otros. Sin embargo, puede ser aislado del contexto (social, económico, político y cultural) que pertenezca (OMS, 1998; Lip & Rocabado, 2005; Álvarez, 2012; Aguilar, 2014).

Existen dos formas de estilos de vida como se mencionó anteriormente los que benefician que son considerados estilos de vida saludables y los desfavorables conocidos como estilos de vida no saludables.

Los *estilos de vida saludables*, son procesos sociales, hábitos, conductas o comportamientos de una persona o grupo el cual lo lleva a la satisfacción de necesidades (alimentación, higiene corporal, peligros ambientales, comunicación, creencias, vivienda, vestimenta, trabajo, recreación y estudio), alcanzando el bienestar biopsicosocial y espiritual del mismo, a plazo corto o largo. Además, de ser determinados por los factores de riesgo o protectores, compuestos de acciones (comportamientos individuales, acciones sociales) (Universidad La Salle, 2010; Aguilar, 2014). Sin embargo, son las conductas asumidas en la vida cotidiana, incidiendo de forma positiva y beneficiosa en el bienestar biopsicosocial (Velázquez, s.f.).

Los factores protectores, que favorecen a los estilos de vida saludables del adulto mayor son: el tener sentido y objetivos de vida, plan de acción, mantener la autoestima, sentido de pertenencia y entidad, afecto e integración familiar y social, brindar y tener un ambiente familiar y social armonioso, autonomía en el autocuidado, control de factores de riesgo saludables (tabaquismo, alcoholismo, estrés, etc.), reorganización del tiempo libre, disfrutar la vida y el ocio, ser y mantenerse activo, sentirse vivo, participar y comunicarse en familia y sociedad, relacionarse con sus seres queridos (familiares, amigos, su entorno, etc.), acceso a programas (bienestar social, salud, educación, etc.) y desarrollo de alternativas para minimizar emociones (ira, estrés, depresión, etc.) (Aguilar, 2014).

Los *estilos de vida no saludables*, son comportamientos o conductas adoptadas en contra de la salud, de su calidad de vida, conllevándolo al deterioro biopsicosocial, a la pérdida física y de integridad (Aguilar, 2014).

Los factores de riesgo, que favorecen a los estilos de vida no saludables del adulto mayor son: la mala alimentación, deficiencia en la higiene o imagen personal, ausencia o baja actividad física, alterar el sueño, consumo de adicciones (tabaco, alcohol, medicamentos, etc.), exposición a situaciones estresantes, mala relación interpersonal y aislamiento social (Aguilar, 2014).

Cabe precisar que para Aguilar (2014), existen tres dimensiones en los estilos de vida, son: a) biológicos, son el desenvolvimiento de la persona en su vida, mediante las necesidades básicas (alimentación, actividad física, sueño, etc.), b) sociales, son el conjunto de relaciones sociales de su contexto (favoreciendo u obstaculizado la calidad de vida) y c) psicológicos, son las emociones y el intelecto de la persona (necesidad de dar y recibir afecto, compartir emociones, eliminar tensiones y tener confianza el mismo).

Se puede decir que, los estilos de vida son aquellos hábitos y comportamientos que tiene el individuo; como se observó anteriormente en el adulto mayor, están dirigidos a la vida cotidiana para satisfacer sus necesidades, ya sean como factores protectores o de riesgo ante las prácticas de maltrato en el adulto mayor.

2.2.5 Factores familiares

Los factores familiares pueden ser como factores de riesgo familiar o como factor protector (Hidalgo & Carrasco, 1999b). Como se hace mención a continuación.

Los *factores de riesgo* son las condiciones, variables o conductas de riesgo biopsicosociales (personales, familiares y sociales), propiciando la morbilidad o

mortalidad. Estableciéndose activamente y pasivamente (Hidalgo & Carrasco, 1999a; Valdés, Serrano, Florenzano, Labra, Canto, López & Lara, 2003).

Estos factores son determinados por los Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE), por la falta de adaptación y resolución o desestabilizador del equilibrio familiar (Revilla, Argón, Muñoz, Angel, Pascual & Cubillo, 1991).

Sin embargo, el impacto de estos depende de la intensidad y las características, la calidad y cantidad de recursos familiares, o el equilibrio de la familia ante los acontecimientos estresantes (Revilla et al., 1991; Louro, 2002; Valladares, 2008).

Los factores familiares de riesgo son: el tipo de familia (extensa, aplicada o individual), los responsables inapropiados o inadecuados (para brindar el cuidado al adulto mayor), el hacinamiento, el aislamiento, los problemas económicos, el desacuerdo de la distribución del cuidado del adulto mayor, la viudez del adulto mayor, los cambios en la estructura familiar (roles de cada integrante familiar, la jubilación del adulto mayor), la pérdida de la autonomía, encargados de brindar atención al adulto mayor (familiares o conocidos) y las relaciones familiares deficientes (CONAPAM, 2004; Rueda et al., 2008; Valladares, 2008; Rodríguez, 2009; Mabel, 2015).

Por otro lado, los *factores familiares protectores* son aquellos factores psicosociales que reducen o modifican, la probabilidad o el impacto de las conductas de riesgo y las repercusiones negativas para la salud (Hidalgo & Carrasco, 1999b; Valdés et al. 2003; Tirado, Aguaded & Marín, 2009).

Estos son cuando la familia cumple con funciones de protección y cuidado o fortalecimiento emocional y afectivo, fomentando el desarrollo de los miembros para la prevención y enfrentamiento en la salud (Weinreich & Hidalgo, 2004; Rueda et al., 2008).

Los factores protectores son la actividad física, el tiempo libre y el ocio del adulto mayor ayudando a la autonomía, apoyo psicológico, disponibilidad de ayuda para el responsable del adulto mayor, independencia económica del responsable del adulto mayor, relaciones sociales positivas y saludables, espacios amigables y promoción de los derechos del adulto mayor (SENAMA, 2012b).

2.2.6 Repercusiones sociales

Para entender qué son las repercusiones sociales del maltrato en el adulto mayor debemos de conocer que son las repercusiones por lo que de acuerdo a la RAE las repercusiones son la acción y efecto de repercutir (circunstancias de tener resonancia a algo, así mismo, es la influencia del efecto o trascendencia causando un efecto como resultado) (2001e; 2001f).

Conforme a lo anterior, el maltrato genera constantes repercusiones en el adulto mayor, ya sean biopsicosociales, además de ocasionar daños temporales, permanentes o irreversibles (lesiones físicas, de salud, dignidad, seguridad, trastornos o problemas psicológicos, económicos, emocionales, sociales, discapacidades personales o familiares, reduciendo la esperanza de vida, al grado de llegar a la muerte, va prolongándose más, el proceso de convalecencia, por ser una población físicamente más débil, por lo que son más vulnerables) (OPS & OMS, 2003; OMS, 2006; Iborra, 2008; Rueda et al., 2008; CONAPAM, 2013; Senado de la república, 2013; Abusleme & Caballero, 2014; Universidad Maimónides, 2014; Universidad Maimónides, 2015; SEDESOL, 2016; OMS, 2016b; OMS, 2017a; Caritas bienestar del adulto mayor I.A.P., s.f.; Fernández, s.f.; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

Referente a las repercusiones a *nivel físico*, alteran el bienestar del adulto mayor. Dichas repercusiones son las siguientes: a) trastornos en la alimentación (pérdida de apetito, malnutrición, deshidratación, desnutrición y dependencia a los alimentos), b) problemas de medicación (incremento de la ingesta o dependencia a medicamentos),

c) traumatismos (moretones, fracturas óseas por golpes y caídas, lesiones craneales, luxaciones y contusiones), d) problemas sexuales (traumas en genitales, pechos, zona anal, Enfermedades de Transmisión Sexual [ETS] y marcas o mordiscos), e) heridas (rasguños, arañazos, marcas, mordeduras, abrasiones, quemaduras y ataduras), f) presentación (mala higiene corporal y pérdida del cabello), g) alteraciones del organismo (orgánicas y del sistema nervios), y h) otras (trastornos del sueño, úlceras de decúbito e intoxicaciones) (OMS, 2006; Iborra, 2008; Jiménez, 2010; CONAPAM, 2013; Burnett et al., 2014; Universidad Maimónides, 2015; OMS, 2016b; OMS, 2017a; Fernández, s.f.; INAPAM & SEDESOL, s.f.a.).

Acerca de, las repercusiones a *nivel psicológico* generan daño en el estado emocional psicológico y cognitivo del adulto mayor. Dichas repercusiones son las siguientes:

- a) Estados de ánimo (susceptibilidad a la depresión, ansiedad, estrés, estrés postraumático, estrés interpersonal, soledad, angustia, negación, aislamiento, confusión, indefensión [estado donde falta protección o defensa], pena e indecisión).
- b) Sentimientos de miedo, culpa, vergüenza, temor, tristeza, impotencia, inseguridad, baja autoestima, sufrimiento y duda permanente.
- c) Alteración en el comportamiento (tendencia de auto-abandono, descuido general, conductas autodestructivas, tendencia de autoagresión, ideas suicidas y conductas o intento de suicidio, indignidad [es alguien indigno o reprobable] y alteración o trastornos del sueño).
- d) Trastornos cognitivos (alteración de la memoria, aceleración del proceso de demencia, alienación [pérdida o alteración de los sentidos], somatización [histeria crónica], pseudodemencia [disminución de las funciones relacionadas con demencias] y problemas de lenguaje) (OPS & OMS, 2003; OMS, 2006;

Osorio, 2007; Iborra, 2008; Rueda et al., 2008; Jiménez, 2010; CONAPAM, 2013; Abusleme & Caballero, 2014; Burnett et al., 2014; Universidad Maimónides, 2015; SEDESOL, 2016; OMS, 2016b; OMS, 2017a; Caritas bienestar del adulto mayor I.A.P., s.f.; Fernández, s.f.; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

En cuanto a, las repercusiones a *nivel social* generan un daño en el ámbito familiar, social, económico, entre otras. Dichas repercusiones son las siguientes:

- a) En el adulto mayor (pérdida de la autonomía, pérdida de la independencia, inactividad, ingreso a instituciones hospitalaria o residencias para el adulto mayor [asilos, hogares del adulto mayor, etc.], demanda constante de servicios médicos, falta de proyectos, falta de servicios, deterioro en la etapa de vida, desahucio, vivir aislado y blanco de fraude [por terceras personas]).
- b) Pérdidas económicas (ahorros, sumas de dinero, despojo de fondos, pérdida por gastos de atención medica secundarios, incapacidad de sustento económico e ingresos bajos)
- c) Pérdida o problemas de socialización (aislamiento, retraimiento social, pérdida de rol, prejuicios sociales, inactividad y la creación de estereotipos negativos.
- d) Problemas familiares (fractura de las relaciones familiares, dependencia, negligencia, abandono y falta de cuidados).
- e) Problemas de bienes materiales (pérdida de la vivienda y patrimoniales) (OPS & OMS, 2003; Perea, 2004; OMS, 2006; Iborra, 2008; Jiménez, 2010; CONAPAM, 2013; Senado de la república, 2013; Abusleme & Caballero, 2014; Universidad Maimónides, 2014; OMS, 2017a; Fernández, s.f.; INAPAM & SEDESOL, s.f.a; INAPAM & SEDESOL, s.f.b).

Se puede decir que, las repercusiones sociales del maltrato en el adulto mayor son desde leves hasta graves, afectando la calidad de vida, la esperanza de vida del propio adulto mayor hasta el grado de llegar a la muerte. Además, estas pueden afectar al propio adulto mayor, la familia y la sociedad. Por tal motivo se debe de considerar los diversos determinantes que generan el maltrato, por ser un fenómeno discreto, propiciando que en ocasiones no se perciba o identifique que el adulto mayor viva un maltrato.

2.2.7 Viejismo

Como ya vimos anteriormente, el envejecimiento es un transcurso natural. De tal modo que, al vivir este proceso al mismo tiempo, va existiendo y experimentando el inicio de amenaza, propiciando el fenómeno del viejismo. Por ello es necesario precisar sobre el viejismo y las prácticas que se realizan en la sociedad hacia el adulto mayor, por ser un tema complejo que la población adulta mayor está viviendo día con día.

Acorde a Salvarezza (1998), Strejilevich (2004), Belando (2006), Gómez (2013), Sistema Nacional de Salud y CENETEC (2013), Mingorance (2014), Giraldo (2015a) y OMS (2015b), el término ageism, conocido en castellano como viejismo, es un conjunto de prejuicio, estereotipos negativos y discriminación empleada a los adultos mayores en función a su edad, deteriorando el bienestar y la posibilidad de vivir un envejecimiento exitoso. Sin embargo, para Tamer (1995) y Martínez y Mendoza (2009), es un proceso sistemático de estereotipos y discriminación hacia una persona por envejecer, acompañado de discriminación (racismo, género, color, edad). Aunque, Ortiz (2000) y Jiménez (2010), refieren que son la existencia de normas culturales, mitos y prejuicios que generan una serie de imágenes o calificativos negativos y la adopción de criterios abusivos al adulto mayor, la vejez y el envejecimiento.

En cuanto a Vivaldo (2015), el viejismo además de ser una forma de discriminación también es una forma de exclusión, de marginación, desagrado, negación de lo que es un adulto mayor, su envejecimiento y la etapa de la vejez. A su vez, se origina por los prejuicios y estereotipos transformándose en mitos, para que posteriormente sean imágenes negativas y distorsionadas por la sociedad. Así mismo, para Molina (2015), es todo tipo de creencia hostil e infravalorada hacia el adulto mayor.

Además, el viejismo es el resultado por la discriminación, para INAPAM (2010), es considerada una conducta cultural o condición de desigualdad, de desprecio en contra de una persona o colectivo (tercera edad), basado en estigmas y prejuicios negativos de forma intencional o no. Pero, para Vivaldo (2015) es un proceso, en el que una persona recibe un trato diferenciado y negativo por diversos factores (sexo, edad, raza, etc.) debido a la percepción que se va formando y compartiendo sobre el ideal de la etapa de la vejez.

También es cierto, que *los prejuicios* son ideas o juicios formulados y expresados, sin fundamento, porque no están basados en la experiencia o la realidad. Ya que son hechos sin saber, conocer o entender esta etapa de la vida, produciéndose de forma positiva o negativa. Por otro lado, los estereotipos son imágenes irreales, formuladas mentalmente, remplazando la realidad, generalizando las características de todos los adultos mayores (Vivaldo, 2015).

Es necesario precisar, que el fenómeno viejismo se caracteriza por ser dirigido y ejercido en contra del adulto mayor o la etapa de la vejez, por el desconocimiento acerca de esta etapa, por tener una afinidad negativa, suele aumentar e influir a la percepción negativa y el cómo son percibidos o tratados por la sociedad, puede llegar a existir señales dirigidas por el físico (sexo, edad, raza, económicas, ideología, preferencias sexuales, etc.) del adulto mayor, por favorecer las prácticas discriminatorias, llegan a generarse y perpetuarse en los múltiples espacios de interacción (familiar, social, salud, etc.) del adulto mayor (Salvarezza, 1994; Piña,

2002; Strejilevich, 2004; Martínez & Mendoza, 2009; Jiménez, 2010; Gómez, 2013; Molina, 2015; Vivaldo, 2015; Giraldo, 2015a).

También pueden existir mitos en la ideología de terceros (sociedad), incumplimiento de las políticas en materia de salud, sociales, entre otras, el enmascarar la realidad de la vejez, marginando al adulto mayor y el colectivo en general, la falta de ejercer derechos y libertades, afectando al individuo, la familia y la sociedad, además de que parte por diversos factores económicos, culturales, sociales, etc., por la construcción de estereotipos erróneos e injustos, principalmente se va formando en el contexto familiar, posteriormente en el comunitario y social, por sobrevalorar la juventud, por la visión y los mensajes negativos hacia el envejecimiento por parte de los medio de comunicación, redes sociales, etc., se van adquiriendo desde la infancia, basandose en el desconocimiento y la deformación que en los hechos del potencial del adulto mayor, se consideran como una etapa de la vida incompetente y aversiva, por la transmisión intergeneracional (Salvarezza, 1994; Tamer, 1995; Moragas, 1998; Salvarezza, 1998; Ortiz, 2000; Romero, 2005; Belando, 2006; INAPAM, 2010; Moreno, 2010; Mingorance, 2014; Vivaldo, 2015).

Las prácticas (estereotipos, prejuicios, mitos, creencias, actitudes e implicaciones sociales) o formas (discriminación) negativas, que actualmente de una sociedad viejista que adjudica el adulto mayor, la vejez y el envejecimiento son diversas.

Entre estas se encuentran las siguientes: imagen de enfermedad, incapacidad, no tener estabilidad económica (pobreza), resistirse al cambio, dependencia, soledad, decadencia o deterioro inevitable (físico, psicológico y cognitivo), falta de interés a la vida, discriminación (su fragilidad, su economía y apariencia), abandono (social o familiar), seniles, deprimidos, asexuados, pasados de moda, sin derechos, no pertenecientes, no importa sus necesidades (biopsicosociales y espirituales), no contribuyen socialmente, gastan demasiado, aislamiento, marginación, exclusión social, desprecio, invisibilización, rechazo, falta de reconocimiento, desgracia, burlas, inferiorización, cosificación, criticarlos, negarlos, autocompasión, trato diferenciado,

creencia de igualdad generalizada (población adulta mayor), considerarlos limitados (aptitudes), improductivos, poco atractivos, etapa negativa, conservador, irritables, rígidos, infantilización, incompetente, agónico, tradicional, inactivos, insultos (vejesterio, decrepito, tacaños, miserables) e irresponsables (Tamer, 1995; Kalish, 1996; Ortiz, 2000; Strejilevich, 2004; Belando, 2006; Lathrop, 2009; Jiménez, 2010; Moreno, 2010; Mingorance, 2014; Vivaldo, 2015; Giraldo, 2015a; OMS, 2015b).

Dando como resultado el ser vulnerables a las conductas discriminatorias (sociales, económicas, culturales, etc.), abandono, maltrato, abuso, daños en la imagen social (de quienes envejecen) y en la dignidad la manifestación de sentimientos (desprecio, invisibilización, estorbo, inútil, exclusión y baja autoestima), provocando deterioro (autonomía, independencia y relaciones sociales) (Lathrop, 2009; Jiménez, 2010; Mingorance, 2014; Vivaldo, 2015; Giraldo, 2015a).

De acuerdo a lo anterior el fenómeno del vejeísmo es un fenómeno de conocimiento erróneo, de falsas creencias y prejuicios, donde se perciben imágenes e ideales erróneas o negativas hacia la etapa de la vejez, el proceso del envejecimiento y del adulto mayor, por ser el objeto principal de generador de pensamientos, imágenes, o estereotipos propiciados por la familia, la sociedad o los mismos medios de comunicación que van teniendo una percepción desvalorada referente al adulto mayor.

En este apartado como vimos, se consideró el marco teórico del aspecto social, acerca de los determinantes de la salud, los determinantes sociales de la salud, la familia, los estilos de vida, las repercusiones sociales, y el vejeísmo del maltrato en el adulto mayor, donde se identificó que las mujeres son las más maltratadas, y que el adulto mayor al tener un deterioro biopsicosocial, además de otros diversos factores de riesgo podría vivir de un maltrato.

Así mismo, que el maltrato no solo repercute en el ámbito del propio individuo (biopsicosocial), sino también en el social, familiar e institucional. Por lo cual, se debe

de identificar a tiempo los factores de riesgo que determinan el maltrato en esta etapa de la vida. Principalmente valorizando la imagen o el modelo real de quienes son los adultos mayores, cuáles son sus limitaciones, y que el envejecimiento depende de escalas de valores, de estructuraciones (psicosociales), promoviendo el proceso de socialización, además, aceptando y entendiendo que este proceso del envejecimiento es algo normal, donde existen declives; pero eso no quiere decir que deban sentirse o ser inactivos, dependientes, estorbos, inútiles e inservibles o enfermizos, como se tiene percibido o estereotipado por los medios de comunicación o la familia. Por ello, se debe de hacerlos sentir queridos, necesitados y que no hayan perdido sus roles sociales y su autonomía. A continuación, se mostrarán los aspectos normativos del maltrato en el adulto mayor.

2.3 ASPECTOS NORMATIVOS

2.3.1 Declaración Universal de Derechos Humanos

A nivel mundial en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) en 1948, fundamentando el futuro justo, la dignidad, practicas contra la opresión e impunidad. Mediante el deber de apoyar y defender sus derechos, porque todas las personas nacen libres y con igualdad en dignidad y derechos (Naciones Unidas, 2015).

Dicha declaración, prometió a cada individuo derechos en el aspecto económico, culturales, sociales, políticos, cívicos, sustentando la vida sin existir la presencia de miseria y temor. Cabe precisar que, a nivel nacional e internacional, son aplicados y respetados en todo momento y a todas las personas, sin importar su edad, raza, clase, sexo, nacionalidad, etnia, discapacidad o limitación, creencia y orientación sexual (Naciones Unidas, 2015).

Los fundamentos de esta DUDH relacionados con una vida libre de maltrato son (Naciones Unidas, 2015):

Artículo 01. Todos son libres e igualitarios en dignidad y derechos, comportándose fraternalmente entre todos.

Artículo 03. Cada individuo tiene derecho a vivir, a la libertad y a su seguridad personal.

Artículo 04. Ningún individuo debe estar sometido a la esclavitud o servidumbre.

Artículo 05. Nadie debe ser torturado o recibir crueldad en los tratos que recibe, además ser inhumanos o degradando aquellos que degraden la dignidad personal.

Artículo 07. Son iguales todos los individuos y tiene derecho a la protección en contra de la discriminación.

Artículo 19; el individuo tiene derecho a la libertad de expresión, de opinión, en el que no sea motivo de molestia lo que piense u opine. Así como, el investigar para informarse como el recibir información.

Artículo 25, párrafo 1. El derecho a una vida adecuada donde se asegure su bienestar familiar y de salud, cumpliendo las necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, servicios de salud y sociales), ya sea por alguna invalidez, la vejez, la viudez o por su incapacidad de autonomía.

2.3.2 Principios de Naciones Unidas a favor de las personas mayores

Fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991 (Res. Naciones Unidas 46/91 de 16/12/91). Internacionalmente reconociendo a los adultos mayores y las aportaciones que se han hecho, referente a la situación de los adultos mayores por los estereotipos negativos sobre el proceso natural del envejecimiento, la participación en las actividades y con la sociedad.

La Asamblea General de las Naciones Unidas (1991), hace alusión a unos principios en materia de independencia, participación, cuidados, autorrealización, dignidad.

La *independencia* hace referencia sobre el derecho al acceso a los alimentos, vivienda, vestimenta, atención de salud mediante el apoyo de la familia, comunidad y su autosuficiencia, el tener oportunidad de trabajar o acceso a un ingreso, el acceso a programas de educación y formación, el vivir en un entorno seguro además de adaptable y vivir en su hogar el tiempo posible mientras sea necesario (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991).

La *participación* sobre la integración y participación de los adultos mayores en políticas hacia su bienestar y compartir los conocimientos y habilidades intergeneracional y el prestar servicio a la comunidad acorde a sus intereses y el formar asociaciones o grupos de adultos mayores para su interacción (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991).

Los *cuidados* acerca del disfrutar de los cuidados y la protección familiar, el acceso a servicios de salud para recuperar su bienestar y la prevención de la enfermedad, el acceso a instituciones de protección, rehabilitación, social o mental y el disfrutar de los derechos y libertades del adulto mayor en instituciones o residencias con respeto a su dignidad, necesidad, creencia (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991).

La *autorrealización* sobre el aprovechar oportunidades para el desarrollo de su potencial y el acceso a recursos ya sea culturales, educativos, espirituales o recreativos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991).

Y por último la *dignidad* donde el adulto mayor podrá vivir con dignidad, seguridad y ser libres de explotación doméstica, económica, de malos tratos ya sea físico o mental y recibir tratos dignos, sin importar la edad, el sexo, su economía, la raza,

religión, educación, incapacidad o su etnia (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991).

2.3.3 Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento

A nivel internacional, fue diseñado el plan de acción por la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Viena Austria del 26 de julio al 6 de agosto de 1982. El propósito de la Asamblea era el de ser foro para la iniciación de un programa internacional de acción, en el que se garantice la seguridad de las personas de edad desde la económica como la social. Además, de que se consideren las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento y las necesidades que presentan en esta etapa de la vida, concediendo este plan de acción (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1982).

Ahora bien, los objetivos del plan de acción internacional de Viena, son los siguientes: a) fomentar a nivel nacional e internacional, la comprensión de las consecuencias socioeconómicas y culturales, b) promover comprensión de forma nacional e internacional, los aspectos humanitarios y desarrollo sobre el envejecimiento, c) proponer políticas y programas de acción garantizando la seguridad socioeconómica, d) propiciar opciones o alternativas de políticas sobre el envejecimiento y sus necesidades de las personas de edad y e) estimular la enseñanza, capacitación e investigación dirigida al envejecimiento mundial mediante el intercambio de aptitudes y conocimiento (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1982).

En el punto 3 hace referencia sobre las esferas de preocupación del adulto mayor, considerándose el prestar atención en las medidas preventivas combatiendo las repercusiones perjudiciales del envejecimiento prematuro en los individuos mediante la concientización de esta etapa de la vida en los jóvenes y la adaptación o readaptación, del individuo en los cambios producidos por su edad, su vida familiar, su económica y otros más, en los diferentes niveles: a) salud y nutrición, b) vivienda

y medio ambiente, c) familia, d) bienestar social, f) seguridad del ingreso y empleo y g) educación. Retomando principalmente los siguientes (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1982):

La *vivienda y el medio ambiente* se debe al alojamiento y ambiente físico agradable y adecuado con la facilidad en las tareas domésticas, reduciendo la dificultad en la movilización o salud del adulto mayor y la vivienda donde vaya alojarse el adulto mayor, debe ser un lugar libre de dependencia de otras personas, mediante la restauración, adaptación, mejoramiento de la vivienda donde el adulto mayor permanezca en sus hogares mientras sea posible (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1982).

La *familia* donde en conjunto debe de ayudar y compartir las cargas y tareas domésticas, además de atender las necesidades de los adultos mayores, a través de la solidaridad, la participación y la aportación, por parte de todos los miembros de la familia y debe ser la fuente principal de atención, preservando la dignidad y seguridad de los adultos mayores (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1982).

2.3.4 Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento Madrid

Fue adoptado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid del 8 al 12 de abril de 2002, refiere el maltrato ejercido en contra del adulto mayor. El objetivo del plan de acción de Madrid consiste en garantizar un envejecimiento seguro y digno donde los adultos mayores sigan participando socialmente, de acorde a sus derechos (Naciones unidas, 2002).

El abandono, maltrato o violencia en contra de los adultos mayores puede llegar a ser físico, económico, psicológico, sexual y puede llevarse a cabo el cualquier nivel social, económico, educativo o geográfico. El efecto de la experiencia sobre el maltrato, va viendo agravado por los sentimientos que llegan a experimentar de

vergüenza y miedo; provocando el guardar silencio y no pedir ayuda. A nivel social se debe fomentar el trabajo colectivo para la prevención del maltrato y delitos en contra de este grupo vulnerable de personas. Por eso es indispensable el reconocimiento de los factores de riesgo del abandono, maltrato o la violencia propiciados por la familia, la comunidad, sociedad o institucional (Naciones unidas, 2002).

Las Naciones Unidas en el 2002, refieren que las mujeres adultas mayores tienen mayor riesgo a sufrir maltrato físico o psicológico, determinado por los comportamientos discriminatorios que existe socialmente hacia la mujer, por medio del no ejercerle sus derechos. Además, existen en la familia prácticas tradicionales y costumbres donde se les debe tratar con maltrato, violencia, agresión física y repercutiendo en el aspecto legal.

Conforme a las Naciones unidas (2002), en el aspecto C del plan de acción, se encuentra la orientación prioritaria III sobre la creación de un entorno propicio y favorable donde se habla sobre la cuestión 3 referente al abandono, maltrato y violencia.

Ahora bien, las medidas para la eliminación de todas las formas de abandono, abuso y violencia contra los adultos mayores, que se establecen en el plan son (Naciones unidas, 2002):

- a) Derogar los ritos de la viudez en las mujeres, en contra de su salud y bienestar.
- b) Eliminar las prácticas nocivas que afectan al adulto mayor.
- c) Reducir los factores de riesgo del abandono, maltrato y violencia en las mujeres adultas mayores, promoviendo la concientización.
- d) Alentar las investigaciones, referente a los determinantes, la magnitud, la gravedad, las repercusiones de la violencia en los adultos mayores y la difusión de las conclusiones.

Sin embargo, se prevé la creación de servicios de apoyo para atender a los casos de abuso y maltrato en el adulto mayor. En este sentido se señalan las siguientes medidas (Naciones Unidas, 2002):

- a) Establecer servicios, procedimiento y rehabilitación para las víctimas de maltrato y para los agresores.
- b) Alentar al personal e instituciones a informar sobre la protección y apoyo para los adultos mayores que sufren de malos tratos.
- c) Establecer programas para la prevención de fraude hacia los adultos mayores.

2.3.5 Declaración Almería sobre el anciano maltratado

Fue elaborada la declaración durante la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado celebrada en Almería el 4 de mayo de 1995. En la presente declaración trata de los siguientes puntos (Kessel, Marín & Maturana, 1996):

- a) El maltrato está presente en las diversas clases sociales, niveles socioeconómicos, niveles educativos e instituciones (públicas, privadas, sociales o de salud) y en el ámbito familiar o social.
- b) El maltrato es en diversos tipos, ya sea físico psicológico social o sexual, además de presentar más de un tipo de maltrato.
- c) Los factores de riesgo aumentan el índice a sufrir maltrato.
- d) El adulto mayor al desconocer y negar la problemática de maltrato, puede llegar a ser difícil para su prevención, diagnóstico o intervención.
- e) Las personas con quienes interactúan los adultos mayores deben estar capacitados sobre el maltrato para poder identificar que está viviendo la persona este tipo de maltrato.

- f) El adulto mayor debe estar capacitado sobre el maltrato para evitar sufrirlo, evitar las reincidencias o repercusiones.

2.3.6 Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores

Fue diseñada por una reunión de expertos, en el gobierno de Toronto el 17 de noviembre del 2002. Mundialmente se reconoció el maltrato del adulto mayor como un problema global, donde el INPEA, la OMS y la Universidad de Toronto formularon esta declaración para la toma de conciencia a nivel mundial. Así mismo, varias instituciones a nivel internacional contribuyeron en el conocimiento y la conciencia mediante herramientas metodológicas. También es cierto que, es un llamado a la acción hacia la prevención del maltrato en las personas mayores (OMS, 2003).

De acuerdo a la OMS (2003), los puntos considerados de la declaración de Toronto, hacia el maltrato del adulto mayor, son:

- La falta de marcos legales, por la falta de existencia de instrumentos los cuales identifiquen y aborden el maltrato en el adulto mayor.
- La prevención del maltrato hacia el adulto mayor se debe ser multidisciplinaria entre los diversos sectores de la sociedad.
- Los trabajos de salud, son importantes en el nivel de atención primaria, por enfrentarse cotidianamente y no ser diagnosticados los casos de maltrato.
- La educación y diseminación, imprescindible sobre todo lo referente al maltrato de las personas adultas, tanto a profesionales como a la sociedad (mediante los medios de comunicación, las redes sociales, instituciones sociales), combatiendo y erradicando los estigmas, estereotipos y tabúes negativos, hacia la vejez, el proceso del envejecimiento y el adulto mayor.

- El maltrato de las personas mayores es considerado como un problema universal, actualmente se ha demostrado la prevalencia, donde quien agrede es algún miembro del ámbito familiar.
- El existir una perspectiva cultural donde se comprenda el maltrato, conforme al contexto sociocultural en el que ocurre.
- El considerarse la perspectiva de género, por las complejas y diversas construcciones sociales para la identificación del maltrato, el tipo que se genera y quien lo ejerce.
- El considerar algunos determinantes (edad, estatus económico, capacidad funcional, sexo) que hacen al adulto mayor vulnerable al maltrato.
- El existir una cultura solidaria intergeneracional para que sea apta para prevenir y rechazar las formas y prácticas de maltrato, violencia de las personas mayores.

A nivel nacional, existen algunos lineamientos normativos en relación al maltrato de la población adulta mayor, mismos que a continuación se describen.

2.3.7 Plan Nacional de Desarrollo

Este plan fue elaborado por el Presidente de la Republica para la administración del 2013 al 2018.

De acuerdo a el Diario Oficial de la Federación (s.f.), refiere la *meta II de México incluye*, en el punto II.1 el *diagnóstico, persistencia de altos niveles de exclusión, privación de derechos sociales y desigualdad entre personas y regiones*.

Acerca de *la desigualdad y discriminación* hace hincapié sobre la especial atención que necesita la población adulta mayor de 65 años, por representar el 6.2% de la población identificando que casi la mitad de esta población se encuentra en una situación de pobreza. Considerando que las diversidades que trata la ley de los derechos de las personas adultas mayores y las que se encuentran en situación de vulnerabilidad y exclusión (Diario Oficial de la Federación, s.f.).

Para ellos en el capítulo VI menciona sobre las líneas de acción y estrategias sobre el adulto mayor. Referente al México incluyente, en el *objetivo 2.2 el transitar de manera equitativa e incluyente de la sociedad*, donde las líneas de acciones son a base del fortalecimiento del personal social promoviendo el involucramiento del desarrollo social de grupos vulnerables y de rezago y el fortalecimiento de la protección a los derechos de los adultos mayores, garantizando una mejor calidad de vida (salud, financiera, bienestar emocional, empleo, vivienda, seguridad social, etc.) (Diario Oficial de la Federación, s.f.).

Además, el *objetivo 2.3* hace referencia al *asegurar el acceso a los servicios de salud*, el cual se llevará a cabo mediante, el garantizar a los individuos a los servicios de salud teniendo mediante un acceso y calidad de dichos servicios sin importar las condiciones (económica, laboral, social, educación, etc.) de la persona (Diario Oficial de la Federación, s.f.).

Sin embargo, el *objetivo 2.4* del *ampliar el acceso a la seguridad social*, se debe facilitar los derechos del individuo sin importar de que subsistema pertenezca (local, federal, municipal, etc.) y promover el ofrecimiento de los derechos a la protección social, siendo eficiente y de calidad donde no tenga importancia la condición laboral y se tome en cuenta a los adultos mayores (Diario Oficial de la Federación, s.f.).

Para el *objetivo 2.5* sobre el *proveer el entorno adecuado para llevar una vida plena*, se debe revertir la situación de abandono e intervenir en la rehabilitación de la

persona en su entorno y mejorando su calidad de vida (Diario Oficial de la Federación, s.f.).

2.3.8 Ley General de Salud

A nivel nacional fue publicada la presente Ley en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984; en la cual las últimas reformas fueron el 31 de mayo del 2009, donde menciona en el título noveno de esta ley sobre la asistencia social, prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos. En el cual menciona en el capítulo único los siguientes artículos en relación con el adulto mayor (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2009):

Artículo 168. Las actividades básicas de la asistencia social son la atención a personas con carencia socioeconómica o de invalidez para la satisfacción de sus necesidades básicas, la atención en establecimiento para ancianos con situaciones de carencia (desamparo, abandono o invalidez de recursos), la promoción de bienestar (del adulto mayor y preparación para este proceso natural de la vida) y la prestación de servicios (asistencia jurídica u orientación social a los adultos mayores sin recursos).

Artículo 171. El Sistema Nacional de Salud y la atención médica, brindará atención preferente e inmediata a adultos mayores sometidos a maltrato repercutiendo gravemente con la vida física o mental.

2.3.9 Ley del Anciano

Fue elaborada la codificación No. 2006-2007 de la presente Ley, publicada en el Registro Oficial el 28 de septiembre del 2006 por la Comisión de Legislación y Codificación.

Mencionando los siguientes artículos en los diversos capítulos sobre el adulto mayor. En el *capítulo I*, referente a las *disposiciones fundamentales* están (Comisión de Legislación y Codificación & Congreso Nacional, 2006):

Artículo 2. El objetivo es el garantizar el derecho a una vida y existencia digna con salud física, psicológica, alimentación, vestimenta, vivienda, con asistencia (medica, geriátrica y gerontológica) y servicios de salud y sociales.

Artículo 3. El estado protegerá a los adultos mayores en situación de abandono o desprotegidos.

Acerca del *capítulo III, de los servicios*. Los artículos son (Comisión de Legislación y Codificación & Congreso Nacional, 2006):

Artículo 10. Los adultos mayores con carencia familiar o con abandono serán ubicados en hogares o instituciones para el adulto mayor.

Artículo 11. Los hijos respetarán y obedecerán a los adultos mayores, asistiéndolo en sus necesidades (edad, económica, alimenticia, incapacidad o limitación, enfermedad).

2.3.10 Ley de los derechos de las personas adultas mayores

Esta ley fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de abril del 2012, rubricado el 29 de junio de 2012, en la cual se encuentra en menciona en el título segundo de esta ley sobre los principios y los derechos. En el cual menciona en el capítulo II los derechos de las personas adultas mayores; donde el Artículo 5o. La presente Ley tiene como objetivo el garantizar sus derechos a las personas adultas mayores. Los cuales son los siguientes (Congreso de la Unión, 2012):

- I. *De la integridad, dignidad y preferencia:* una vida digna (instituciones públicas o privadas, la comunidad, familia o sociedad garantice el acceso a programas), a disfrutar plenamente (libre de discriminación, distinción, o marginación de los presentes derechos), a vivir una vida sin violencia, respeto a su integridad biopsicosocial y sexual, protección por parte de los diversos contextos (comunitario, familiar, social, institucional, estatal o municipal) y a vivir en un entorno digno, seguro y honorable (cumpliendo las necesidades y requerimientos del adulto mayor).

- II. *De la certeza jurídica:* recibir un trato digno y apropiado judicial (como calidad de agraviados, indiciados o sentenciados), recibir apoyo para ejercer sus derechos (federales, estatales y municipales), recibir asesoría jurídica gratuita (en procedimientos administrativos o judiciales y contar con un representante legal) y atención en la protección del patrimonio personal o familiar (el testar si violencia, presión o difamación).

- III. *De la salud, la alimentación y la familia:* acceso a necesidades básicas (alimento, vestimenta, sustento, bienes, servicios o condiciones humanas y materiales para la atención integral del adulto mayor), acceso a servicios de salud (gozando a su derecho, bienestar físico, mental y psicoemocional y sexual) y recibir orientación o educación (sobre su salud, nutrición, higiene y los cuidados personales en la edad adulta mayor).

2.3.11 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social.

Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Fue publicada la presente norma en el Diario Oficial de la Federación el 17 de noviembre de 1999; rubricada el 29 de junio del 2012 donde menciona acerca de la vulnerabilidad que existe en los grupos desprotegidos (personas adultas y los adultos

mayores) que viven algún tipo de problemática social (soledad, abandono, discriminación, maltrato, etc.). El objetivo es el establecer características en las diversas instituciones (salud, social, públicas o privadas) que brindan servicio a los adultos mayores con situación de riesgo y vulnerabilidad. (Secretaria de Salud, 2011).

Conforme a la Secretaria de Salud en el 2011, en el punto 5 de generalidades trata sobre la prestación de los servicios y la asistencia social de los establecimientos en apoyo al adulto mayor (alojamiento, alimentación, vestimenta, trabajo social, asistencia médica, apoyo psicológico, apoyo jurídico y actividades proactivas en beneficio del adulto mayor [actividad física, recreativas, promoción de la salud, autocuidado, prevención, ocupacionales, de estimulación, culturales, etc.]).

El ser orientados los adultos mayores (promover su bienestar, al favorecimiento de la interacción del adulto mayor con su familia o la sociedad, promover e involucrar la participación del adulto mayor en sus diversos contextos [individual, familiar, social], el fomento del respeto y los derechos del adulto mayor, brindar protección, monitoreo y seguridad) y la identificación o detección de los factores de riesgo para la prevención de incapacitantes, o afectaciones biopsicosociales (diseño y aplicación se programas del cuidado del adulto mayor, la interacción del adulto mayor con su núcleo familiar, social, así como el promover las experiencias o conocimientos del adulto mayor intergeneracional).

2.3.12 Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores

Fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 1998; rubricada el 17 de noviembre de 1999, menciona acerca de los mecanismos que favorezcan y ayuden a las acciones a favor del adulto mayor, considerando su contexto cultural. El objetivo es el establecer procedimientos para políticas, estrategias criterios dirigidos a e desarrollo de actividades en apoyo de la asistencia social de los adultos mayores.

De manera similar a la anterior norma, en el punto 5 de generalidades alude sobre la prestación de los servicios y la asistencia social en apoyo al adulto mayor (alojamiento ya sea permanente o temporal, alimentación, vestimenta, trabajo social, asistencia médica y apoyo psicológico, apoyo jurídico fomento del cuidado), la orientación de los establecimientos en el adulto mayor (promover su bienestar, mejorar los servicios de salud y sociales, estimular y promover la interacción o participación, emplear acciones de promoción para la participación del adulto mayor a favor de actividades recreativas u ocupacionales, fomento del respeto, los derechos, pertenencias del adulto mayor y brindar seguimiento, protección o seguridad) (Secretaria de Salud, 1998).

Por otro lado, el punto 8 refiere sobre el diseño y aplicación de programas dirigidos a la atención integral del adulto mayor (orientación nutricional, actividad física, actividades recreativas, proactivas, promover las experiencias o conocimientos del adulto mayor intergeneracional) (Secretaria de Salud, 1998).

2.3.13 Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar

Fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de noviembre de 1999; rubricada el 4 de febrero del 2000, menciona acerca del derecho que tienen las personas a la protección de la salud y una igualdad plena donde subsisten inequidades que propician situaciones desde un maltratado hasta una violencia ejercida por su familia o la sociedad hacia las personas vulnerables (niñas, niños, adolescentes, embarazadas, adultos mayores; hombres y mujeres con enfermedad física o mental, en desventaja, física, económica o cultural).

Por medio de la colaboración con la prevención y disminución de la violencia a través de la promoción de estilos de vida saludables, el establecer relaciones a base de la tolerancia, respeto, equidad entre genero e intergeneracional, fomentando las relaciones interpersonales y sociales positivas, libres de violencia y evitando las

repercusiones en la vida del individuo, su salud, su integridad o sus relaciones familiares o sociales (Secretaría de Salud, 1999).

De acuerdo con la Secretaría de Salud (1999), el objetivo de la presente norma es establecer criterios para la atención y orientación a las personas que viven violencia familiar.

Con respecto al punto 5 de generalidades de la norma refiere acerca de que todas las instituciones, dependencias u organizaciones otorgaran atención a las personas involucradas en violencia familiar identificando al agredido, el maltrato y el agresor. Además, las instituciones participaran en el diseño, aplicación y evaluación de programas preventivos, de promoción a la salud y en educación para la salud mediante la participación social u operativa y que la atención brindada a las personas sometida a maltrato o violencia será oportuna, confidencial, honesta y con respeto a su dignidad (Secretaría de Salud, 1999).

A su vez, en el punto 6 de criterios específicos, indica sobre la promoción de la salud y prevención, el tratamiento y rehabilitación, dar aviso al ministerio público, la sensibilización, capacitación y actualización, la investigación, como a continuación se indica (Secretaría de Salud, 1999):

La promoción de la salud y la prevención mediante a) la participación de la educación para la salud en programas educativos dirigidos a la población en general, hacia la prevención y detección de la violencia familiar, la promoción de estilos de vida saludables y el mantener un ambiente familiar armonioso, b) en la participación social será mediante la promoción de la integración de grupos o redes sociales donde se prevengan la violencia familiar en base a estimular la participación para orientación la promoción, detección y prevención.

Así mismo, promover acciones preventivas con las autoridades comunitarias, civiles, instituciones, c) la comunicación educativa donde participarán y evaluarán las

campañas educativas de información o motivación en la prevención de la violencia, promoviendo la participación activa de la población por medio de acciones y el reforzamiento educativo para la prevención de la violencia familiar.

La *detección y diagnóstico* se realizará por medio de la identificación de las personas afectadas por la violencia y el grado de riesgo, mediante entrevistas donde se llevará a cabo sin juicios, ni prejuicios con respeto, privacidad y confidencialidad, determinando los factores de riesgo y las repercusiones.

El *tratamiento y la rehabilitación* son a partir de la orientación, la atención integral y la canalización a los servicios de salud, sociales y especializados para su continuidad o seguimiento. También la participación de la familia y la sociedad.

La *sensibilización, capacitación y actualización* es por medio de la sensibilización sobre la violencia por medio de la promoción de acciones y capacitaciones acerca de la equidad, la violencia, los derechos humanos, el análisis e identificación de los factores de riesgo relacionado con el maltrato, las repercusiones biopsicosociales, alternativa para la dinámica familiar, el reconocimiento y aceptación del maltrato (físico, psicológico, sexual o abandono), reconocimiento y aceptación de las repercusiones o afecciones en la salud (a nivel individual, familiar o social) y la orientación, asesoría o consultoría por parte del aspecto legal o social.

La *investigación* se debe de promover, realizar investigaciones cualitativas y cuantitativas en materia de violencia familiar identificando los determinantes de la violencia, las repercusiones sociales, culturales, económicas, de salud individual, familiar como colectiva. Además de investigaciones interdisciplinarias que contribuyan el proceso de planeación y el diseño de políticas, programas y acciones preventivas de la violencia familiar.

2.3.14 Ley del adulto mayor del Estado de México

En el Estado de México fue publicada la presente Ley el 06 de agosto del 2008, mencionando que el adulto mayor es un grupo vulnerable, por la disminución de las capacidades físicas propiciando el rezago en los medios dispensables para la satisfacción de necesidades. Además de implicar una mayor atención de salud; por la presencia de enfermedad, la pérdida de sus capacidades siendo limitado (pérdida de movilidad), la atención en lo social; por la dependencia hacia la familia de forma física, económica, afectiva, emocional, interacción, sustentable (higiene, alimentación, vestimenta, hogar) (Poder Ejecutivo del Estado, 2008).

Por otro lado, el Poder Ejecutivo del Estado (2008), refiere que el índice de dependencia del adulto mayor hacia su núcleo familiar es del 23.10% donde es desarrollada la situación de violencia intrafamiliar.

En efecto, la presente ley remarca el *título segundo de los principios y derechos* en el adulto mayor. Conforme el capítulo I se encuentra los principios. El Poder Ejecutivo del Estado en el 2008, los enmarca como: a) la autonomía y la realización de las acciones empleadas hacia el adulto mayor hacia la independencia, en la toma de decisiones y el desarrollo personal, comunitario o productivo, b) la equidad por parte de la sociedad hacia el adulto mayor, mediante la igualdad y proporcionalidad, c) la atención preferente hacia el adulto mayor, por parte de las dependencias, instituciones, organismos o servicios que implementen programas hacia las necesidades y características del envejecimiento, la vejez y el adulto mayor y f) el dignificar al adulto mayor, así como a sus derechos, su integridad (biopsicosocial), su persona (imagen, autonomía, pensamiento o valores), siendo tomados en cuenta en los planes, programas, estrategias o acciones hacia el mismo.

El *capítulo II* refiere el *Artículo 5º*, los 43 derechos del adulto mayor; siendo (Poder Ejecutivo del Estado, 2008):

I. Disfrutar de una vida plena libre de discriminación, racismo, distinción o violencia física, patrimonial sexual, psicológica y el vivir con respeto de la sociedad hacia su persona, sus ideales, capacidades o experiencias.

VI. Informarse y tener acceso a sus derechos como persona adulta mayor, al trato con dignidad, respeto y apropiado de las personas o autoridades para el ejercer y respetar de sus derechos o del disfrute de los mismos y de sus libertades.

XIII. Derecho a elegir el mantenimiento de las relaciones familiares con las que el adulto mayor decida seguir frecuentando, al acceso y la atención inmediata de los servicios de salud.

XV. Vivir en un entorno seguro y digno, donde se satisfagan las necesidades y los requerimientos del adulto mayor y del envejecimiento.

Ahora bien, el *titulo quinto* de la presente ley, hace mención *de la familia, la sociedad y las instituciones de atención a los adultos mayores* dando paso al *capítulo I de la familia* donde (Poder Ejecutivo del Estado, 2008):

Artículo 30. La familia cumplirá su rol social hacia el adulto mayor de forma activa, contante y permanente sobre las necesidades del adulto mayor y sus derechos con respeto y dignidad.

Artículo 31. La familia es obligada a conocer los derechos del adulto mayor, al cuidado, satisfacción y cubrimiento de las necesidades para su atención integral del adulto mayor, fomentando la convivencia familiar, la participación del adulto mayor y cubriendo las necesidades afectivas, de protección y apoyo, evitando situaciones discriminatorias, de abuso, de explotación, aislamiento, violencia o que ponga en riesgo al adulto mayor, a sus bienes, derechos o su integridad por parte de cualquier integrante de su núcleo familiar y se promueva el acceso y la asistencia social a los programas para el adulto mayor.

Artículo 32. La familia deberá cubrir y proporcionar los medios necesarios para satisfacer las necesidades (vivienda, protección, alimento, vestimenta, atención médica y social, fortalecimiento afectivo, espiritual y de pertenencia o apoyo).

Artículo 37. Cuando el adulto mayor reciba un acto de abuso físico, psicológico, negligencia o trato vejatorio, discriminatorio o realicen cualquier acto que viole los derechos de los adultos mayores por parte de algún familiar o representante legal, deberá ser sancionado.

2.3.15 Plan de Desarrollo Municipal Chimalhuacán

A nivel municipal, el Plan de desarrollo municipal de Chimalhuacán fue elaborado para la administración del 2016-2018. Los componentes del plan en el adulto mayor son (Gobierno Nuevo Chimalhuacán, 2016):

- a) Referente al *VII* se debe *crear programas sociales municipales* en apoyo al adulto mayor.

Como se vio en este apartado, se consideró el marco normativo, acerca del maltrato en el adulto mayor, donde se identificó desde el nivel mundial al nacional das diversas leyes, normar, planes de acción, declaraciones, tratándose acerca de las estrategias, líneas de acción, principios y alternativa hacia el maltrato. Así mismo, que los derechos, principios y lineamiento tanto familiares, sociales, institucionales hacia el adulto mayor. A continuación, se mostrarán las aportaciones de investigaciones.

2.4 APORTACIONES DE INVESTIGADORES AL CAMPO TEÓRICO

Sobre este tema diversos investigadores han reportado el resultado de sus investigaciones, a continuación, se presentan algunas de ellas.

A nivel internacional, existen algunas investigaciones sobre el maltrato del adulto mayor, mismas que a continuación se describen.

Fernández-Alonso y Herrero-Velázquez, (2006), en España realizaron una investigación refieren el *maltrato en el anciano: posibilidades de intervención desde la atención primaria (I)*, donde mencionan las formas de maltrato son la física, psicológica, emocional, negligencias físicas y abuso económico y sexual. Las repercusiones son físicas (lesiones, fracturas, caídas, negligencia, abandono, falta de cuidados, heridas, quemaduras), psicológicas (tristeza, trastornos emocionales, depresión, ideación, suicidio, inhibición), o sociales (aislamiento biopsicosocial) en el adulto mayor. Los factores de riesgo son la edad avanzada, deficiencia en la salud, incontinencia, deterioro cognitivo, alteración conductual, dependencias física y emocional del cuidador, aislamiento social, antecedentes de malos tratos.

Por otra parte, la sobrecarga física y emocional, trastornos psicopatológicos, abuso de alcohol y toxicomanías, experiencia familiar de maltrato al adulto mayor en el cuidador o responsable, el hacinamiento, malas relaciones entre el adulto mayor y el cuidador, en conclusión, se considera que aún no se dispone de uno suficientemente válido para la detección, por lo que debe seguir la investigación en este campo.

Organización Mundial de la Salud, (2006), realizó una investigación sobre el *maltrato de ancianos y alcohol*, donde menciona las relaciones entre el consumo de alcohol y el maltrato de ancianos, donde existe una estrecha relación entre el alcohol y la violencia interpersonal en general, en el caso del maltrato de ancianos existen lazos específicos que los unen; así como la magnitud del maltrato de ancianos relacionado con el alcohol donde la mayor parte de los estudios en los que se ha cuantificado el papel del alcohol en el maltrato de ancianos proceden de América del Norte y el Reino Unido.

Los factores de riesgo de maltrato de ancianos relacionado con el alcohol entre los factores que incrementan el riesgo de que las personas mayores sufran malos tratos

se cuentan los trastornos cognitivos o físicos y el aislamiento social, mientras que el sexo es también importante en algunas regiones en las que las mujeres suelen correr mayor riesgo, como África. En el caso de los perpetradores de malos tratos a ancianos, los factores de riesgo son los problemas económicos, la dependencia de la persona anciana y los trastornos mentales. Hay también factores de riesgo culturales, como la discriminación por razón de edad, el sexismo y la actitud tolerante ante la violencia; en algunos países en transición o de ingresos bajos y medios, las transformaciones culturales, reflejadas.

Pérez–Rojo, Izal, Montorio y Nuevo, (2008), en España realizaron un estudio referente a la *identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario*, con el objetivo de observar la relación entre el riesgo de maltrato y algunas variables que tras la revisión de la literatura se ha encontrado que previsiblemente actúan como factores de riesgo del maltrato al mayor, el estudio fue descriptivo. Los resultados obtenidos de los factores fueron el recibir poco apoyo del cuidador, sobrecarga del cuidador, ira, estrés. En conclusión, el riesgo de maltrato hacia las personas mayores, la combinación entre aspectos procedentes del cuidador, la persona que recibe cuidados y la propia situación explican un sustancial porcentaje del riesgo de maltrato.

Celdrán, (2013), en España realizó una investigación referente a *la violencia hacia la mujer mayor: revisión bibliográfica*, donde esta investigación se centra en cuestión de género a la hora de detectar e intervenir en la violencia dirigida hacia la mujer mayor. Se analizan tres ámbitos estudiados a nivel internacional: características del maltrato hacia la mujer mayor, consecuencias de dicho maltrato a nivel de salud y calidad de vida y propuestas de intervención hacia este colectivo. Así mismo el maltrato dirigido hacia las personas mayores es la temática de violencia familiar menos investigada y con menos recursos a nivel de políticas de intervención si la comparamos con el maltrato infantil y el maltrato hacia la mujer adulta.

El impacto que tiene en la mujer mayor la violencia de pareja abarcarían tanto el ámbito de salud física, como psicológica, incluso llegando a producirse fallecimientos por dicho maltrato, en conclusión, se dice que la violencia hacia las mujeres mayores desde una perspectiva de género destacando sus principales características, sus consecuencias y las intervenciones a realizar. En estudios de gerontología y geriatría como desde la violencia de pareja no se ha contemplado estos abusos en mujeres mayores. Es importante resaltar esta perspectiva de género ya que no sólo se producen casos de maltrato de pareja en mujeres mayores, sino que también son mujeres las personas mayores maltratadas en situaciones de dependencia.

Martins, João, Andrade y Albuquerque, (2014), en España realizaron un estudio referente *abuse and maltreatment in the elderly*, con el objetivo de identificar formas de abuso y malos tratos en personas de edad avanzada, así como los factores determinantes de estos abusos, el estudio fue cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal. Los resultados obtenidos fueron el 23.5% mayores de 75 años, del estado civil el 60% son casados(as), el 34.3% fueron mujeres, el 2.9% ha sufrido el tipo físico de una a cuatro veces, el 54.3% contaban con escolaridad primaria, los que se sienten solitarios son los que perciben más el tipo emocional y físico, en conclusión, el abuso y maltrato están presentes en la vida cotidiana de la mayoría de los adultos mayores. Además de ser un tema difícil, la evidencia indico el realizar una reflexión sobre el desarrollo de estrategias en intervención, principalmente en el tipo emocional, negligencia, a través de la promoción de la salud y el funcionamiento familiar donde se busque reducir o eliminar el abuso y los malos tratos en los adultos mayores.

A nivel latinoamericano, existen algunas investigaciones referentes al maltrato del adulto mayor, mismas que a continuación se describen.

Cardoso, Mejías, Macías y Amaro, (2004), en Cuba realizaron un estudio referente a la *caracterización del maltrato en el anciano*, con el objetivo de caracterizar el maltrato en el anciano en el consultorio número seis del médico y enfermera de la

familia del área de salud perteneciente a la Policlínica Comunitaria Docente “Rodolfo Ramírez Esquivel” de la ciudad de Camagüey en el período comprendido de enero a diciembre de 2002, el estudio fue descriptivo. Los resultados predominantes fueron con 77.3% la edad de 60 a 69 años, con 54.7% el sexo femenino, con 63.5% las familias extensas, con 57.1% la disfuncionalidad familiar, con 86.9% los familiares son los principales agresores, en conclusión, predomina el grupo de 60 a 69 años, el sexo femenino, la estructura familiar extensa, el funcionamiento familiar disfuncional.

Letelier, (2005), en Chile realizó una investigación sobre el *maltrato en la Vejez*, donde define al maltrato como una conducta destructiva dirigida a un adulto mayor, en una relación de confianza y con intensidad o frecuencia ocasionar repercusiones físicas, psicológicas, sociales y económicos. Los factores son más de 75 años, vivir con familiares, dependencia, impotencia, personas solitarias, aislamiento, depresión, baja autoestima. En conclusión, se deben de crear ámbitos donde se considere al envejecimiento como un proceso natural del ciclo vital, desalentando actitudes negativas conforme pasa el tiempo, otorgándole a los adultos mayores el derecho a vivir con dignidad, sin sufrir malos tratos o explotaciones y brindándoles oportunidades y posibilidades de participar en actividades educativas, culturales, espirituales y económicas en la sociedad.

Varela, Ocampo, Ramírez, Restrepo, López & Cañaveral, (2006) en Colombia, realizaron un estudio referente al *perfil de algunas condiciones psicosociales de un grupo de adultos mayores* teniendo como objetivo el exponer algunos componentes psicosociales de los adultos mayores de Caldas, Antioquia para identificar procesos protectores y causantes de deterioro del desarrollo humano y social de este colectivo, donde fue un estudio descriptivo-transversal, de intervención, donde se basó en métodos, desde lo cuantitativo, la muestra fue de 394 personas, tomando en cuenta mayores de 60 años, los resultados fueron que tiene que ver con aspectos psicosociales de los adultos mayores y cómo estas inciden en la comunicación y la participación para configurar algunos procesos protectores, entendidos como aquellos recursos que favorecen el bienestar y procesos deteriorantes.

Las personas mayores requieren, para su proceso de envejecimiento activo y saludable, desarrollar su vida cotidiana en condiciones de seguridad, en conclusión, las mujeres continúan haciéndose presentes y activas en las actividades domésticas y el cuidado de la familia. La vulnerabilidad identificada en este grupo de adultos mayores tiene que ver con la baja escolaridad, la poca inclusión en el trabajo y la pobreza, además de las barreras para que los adultos mayores participen en el estudio, que son de carácter diverso: desconocimiento de los derechos y deberes.

Docampo, Barreto y Santana, (2009), en Cuba realizaron un estudio referente al *comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor*, con el objetivo de caracterizar el comportamiento de la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor en el municipio de Nuevitas, el estudio fue descriptivo retrospectivo donde los factores por los cuales los adultos mayores sean maltratados son la debilidad, dependientes, discapacitados, siendo agredidos principalmente por sus hijos e hijas 75 adultos mayores recibieron maltrato familiar, en los resultados obtenidos se observó que el 46.67% correspondía entre los 60 a 69 años, referente a la prevalencia del sexo el 60% correspondió al femenino, el nivel escolar estuvo conformado por el 61% con secundaria, cuanto a las relaciones familiares, psicosociales reporto el 64% ser mala, mientras que el 25.33% menciona que es regular, además el 86.67% menciona que la relación en su familia era disfuncional.

Los tipos de maltrato sobresalientes fueron el maltrato por negligencia y daño al bienestar psicológico, como conclusión la incidencia en el adulto mayor maltratado en el municipio de Nuevitas fue muy por debajo de las estadísticas revisadas. La distribución de adultos mayores que sufrieron violencia se observó en casi la mitad de los senescentes entre 60 a 69 años, de sexo femenino, con secundaria, características psicosociales y culturales malas e irregulares y relaciones familiares disfuncionales.

Sepúlveda, Rivas, Bustos y Illesca, (2010), en Chile realizaron un estudio referente al *perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados: Temuco, padre las casas*

y *nueva Imperial*, con el objetivo de conocer el perfil socio-familiar de adultos mayores institucionalizados en comunas de Temuco, padre las casas y nueva imperial, año 2009 el estudio fue descriptivo, transversal y correlacional. Los resultados fueron que el 55% eran hombres, el 30% tenía escolaridad básica incompleta, el 32.5% eran solteros, el 27.5% era empleado público, por parte de los familiares eran que el 15% no satisfacía su familia sus necesidades básicas 16.4% recibían maltratos por algún familiar, 73.4% recibían insultos o gritos hirientes, 79.7% amenazas o chantajes, 77% golpes o empujones.

En conclusión, se constató con situación de aislamiento, soledad personal y déficit de cuidados entregado por las instituciones, reto para Enfermería, donde debería tener participación de privilegio en la toma de decisiones en políticas de cuidado para la población en estudio.

Callís-Fernández (2011), en Cuba realizó un estudio referente *la autoimagen de la vejez en el adulto mayor*, con el objetivo de determinar la imagen que de sí mismos tenían los adultos mayores del área de salud, el estudio fue descriptivo de corte transversal, estuvo constituido por los 146 ancianos, se trabajó con herramientas que se utilizan para evaluar, de forma sistemática y exhaustiva, el estado cognitivo en esta etapa de la vida. Los resultados fueron que hubo un predominio del sexo femenino (59.6 %). El grupo entre los 60 y 69 fue de un 45.2% y con nivel primario un 63%. A la hora de analizar la imagen de sí mismos donde predominó la imagen negativa que tienen los adultos mayores de sí mismos (68.5%) sobre la imagen positiva, con un 31.5%, en conclusión, predominó una imagen negativa de la vejez y los estereotipos grupales negativos, tales como: enfermos, débiles, impacientes e inútiles.

De lo anterior se deduce que es necesario potenciar en la tercera edad una autovaloración adecuada (imagen física, expectativas acordes a sus fortalezas y debilidades) mediante programas de intervención en el área de salud y hacia la sociedad, que pueden incluir los medios de difusión masiva.

Adams, (2012), en Chile realizó una investigación sobre el *maltrato en el adulto mayor institucionalizado: realidad e invisibilidad*, el cual, de 4 a 6% son maltratados. Por otra parte los factores de riesgo son la edad avanzada, deficiencia en la salud, incontinencia, deterioro cognitivo, aislamiento social por parte del adulto mayor y por parte del cuidador son la sobrecarga física, la tensión emocional, el estrés, consumo de alcohol, drogas y fármacos, no asumir el papel de cuidador, en conclusión se debe de reflexionar acerca de la dignidad del adulto mayor, el rol que tienen las instituciones dedicadas a su cuidado y la responsabilidad social de todos quienes estamos relacionados directa o indirectamente con su atención biopsicosocial.

Cano, Garzón, Segura y Cardona, (2015), en Colombia, realizó un estudio referente a los *factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012*, con el objetivo de determinar los factores asociados al maltrato del adulto mayor del departamento de Antioquia en el año 2012, el estudio fue estudio descriptivo transversal. Los resultados obtenidos son con el 72.9% de 60 a 74 años, 72.8% sexo femenino, 55% con primaria completa. En conclusión, se observó prevalencia sobre el maltrato hacia los adultos mayores, hacia el grupo femenino quienes reportaron haber sido víctimas de ultraje asociado generalmente a problemas familiares. Por lo cual se debe de hacer una recolección de evidencia futura, para la formulación de Políticas Públicas sobre el envejecimiento y vejez, mediante la implementación de proyectos de intervención que apunten a la recolección de información en materia de maltrato.

En cuanto a México, existen algunas investigaciones acerca del maltrato al adulto mayor, como a continuación se describen.

En México, Romero, (2005), realizó una investigación referente a la *discriminación y adultos mayores: un problema mayor*, donde se registra la discriminación, como un fenómeno actuante y degradante en la sociedad, además de ser complejo en el aspecto sociocultural ya que a todos compete y a todos implica. La discriminación a los adultos mayores parte de diversos factores, como son el cultural, social y

económico, sin embargo, existe uno que puede ser de mayor importancia para incrementar y motivar muchas de las acciones y actitudes de exclusión; la desvalorización, es decir la construcción de un estereotipo social arbitrario e injusto.

La violencia puede expresarse a partir de negligencia, ya sea física, cuando se niegan alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos o emocionales, cuando se niega afecto y se da en cambio desprecio, aislamiento e incomunicación; de igual forma puede darse el maltrato físico, que puede ser con golpes, quemaduras, fracturas, administración de fármacos o tóxicos sin control; el maltrato psicológico, que involucra la manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes económicos; abuso sexual, que implica cualquier tipo de relación sexual consentida o por cualquier condición sin propio consentimiento, como conclusión la violación a los derechos fundamentales de los adultos mayores se da, desgraciadamente, en otros ámbitos más a los hasta aquí descritos, como es la seguridad, la asistencia social, pensiones y jubilaciones, la educación etc.

Félix y Hernández, (2009), realizaron en México una investigación referente a *abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar*, donde resalta la importancia de valorar los trastornos emocionales, el abandono y la funcionalidad familiar en los casos de maltrato a los adultos mayores.

Los factores de la violencia son la condición de dependencia económica y afectiva, su desvinculación del medio social y laboral, las enfermedades crónico-degenerativas, desgaste o sobrecarga del cuidador, discapacidad motora, sexo femenino, depresión, mayores de 60 años, estrés del cuidador, la edad o el nivel educativo, disfuncionalidad familiar, además, un factor protector es el adecuado funcionamiento de la familia. Hay reacciones posteriores que son vergüenza, temor, desprestigio, sentimiento de culpa, como conclusión se deben de valorar los factores asociados a la personalidad del adulto mayor, longevidad, evolución de las enfermedades crónico-degenerativas, disfunciones familiares, estrés del cuidador,

problemas económicos, falta de apoyo familiar, deterioro funcional, abuso de drogas o alcohol y la historia previa de violencia en la familia.

Montes de Oca, (2010), en México realizó una investigación referente al *pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo*, con el objetivo de mostrar la diversidad de enfoques con que se ha estudiado el envejecimiento y la vejez en México y en el mundo. Existe dominio por parte del maltrato en los mestizos, por la distinción étnica. Además de elaborar la creación y restructuración de los entornos (sociales y físicos) para una integración de esta etapa de la vida y no convertirlas en una carga para la sociedad, considerando que las instituciones para los adultos mayores nos las menos adecuadas por la existencia del fenómeno de maltrato. Así mismo, uno de los objetivos que se propone en esta investigación es el eliminar todas las formas de maltrato y la discriminación de las personas mayores, en conclusión, se deben identificar los aspectos sociodemográficos el sobre envejecimiento y la vejez, analizando al envejecimiento desde una perspectiva una global por las diversas estructuras (entre hombres y mujeres en la vejez), grupos de edad, etnias y razas o clases sociales.

Sánchez-González y Egea-Jiménez, (2011), en México realizaron un estudio referente al *enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: su aplicación en el estudio de los adultos mayores*, con el objetivo de reflexionar a partir de las publicaciones sobre vulnerabilidad social, el estudio fue de análisis crítico. Los factores que conducen a un maltrato son la discapacidad, dependencia de los mayores, deterioro en la salud, aislamiento, estrés, problemas en la convivencia familiar, desempleo del familiar, enfermedad del cuidador, divorcio, separación, viudez, alteraciones físicas y psicológicas, pérdida del círculo de amigos, analfabetismo, ausencia de la pensión. En conclusión, el grado de vulnerabilidad social está determinado por las interacciones de los diversos factores (medioambientales, sociodemográficos), los recursos y estrategias que dispone el individuo, la familia y la comunidad. Además de la combinación de características e

interacciones entre las amenazas, la exposición y las capacidades de afrontamiento en contextos ambientales específicos.

Así mismo los diversos programas planteados sobre el maltrato hacia el adulto mayor son diversos como veremos a continuación.

Barbero, Barrio, Gutiérrez, Izal, Martínez, Moya, Pérez, Sánchez del Corral & Yuste, (2005), en Madrid realizaron una *Guía de actuación sobre los malos tratos a personas mayores* donde menciona diversos lineamientos, consta de un marco teórico (sobre el maltrato), un marco preventivo (generar actitudes positivas, formas de prevención, programas e intervenciones biopsicosociales).

Servicio Nacional del Adulto Mayor, (2012), en Chile realizaron una cartilla de prevención *referente a cómo prevenir y enfrentar el maltrato al adulto mayor* donde hace mención del concepto del maltrato en el adulto mayor, de los tipos de maltrato y como se reconoce en el adulto mayor este maltrato ejercido, y formas para orientarse y denunciar un maltrato.

Savio, Lozano & Panza, (2014) en Montevideo realizaron una *guía clínica para la prevención, diagnóstico y abordaje integral de la violencia sobre los adultos mayores* donde comprende aspectos teóricos del maltrato hacia el adulto mayor, los factores de riesgo del adulto mayor y el que genera el maltrato, los grupos de riesgo, evaluación del anciano maltratado, aspectos sobre el abuso y maltrato en instituciones y pautas para el manejo de esos casos.

Giraldo, (2011), en México recomienda a través de los 10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor la *prevención del maltrato a personas adultas mayores* donde indica un marco teórico referente al maltrato, los tipos de maltrato, los factores, las medidas preventivas y los hábitos que ayudan a evitar el maltrato.

De acuerdo a los autores antes mencionados y a través de las diversas investigaciones que se han estudiado, se puede deducir que el maltrato hacia el adulto mayor, es una de las problemáticas existentes que perjudican a nivel biopsicosocial del adulto mayor así como la influencia de la familia, sociedad, pares o pareja, sin embargo aún falta más el determinar las repercusiones sociales y el prevenir el maltrato en los adultos mayores he aquí la importancia de crear espacios de convivencia familiar saludables, es donde se caracteriza y se percibe la violencia en primer impacto y no solo a la familia sino también, a los pares, a la pareja, y a la sociedad, donde se identifiquen y se prevengan los factores predisponentes. Además de que se cuentan con talleres o programas hacia el adulto mayor.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la investigación

La presente investigación fue de tipo no experimental, prospectiva, correlacional, transversal y descriptiva. Fue no experimental ya que solo se acudió para la obtención de la información y no se realizaron acciones que modifiquen las conductas de los adultos mayores.

De tipo prospectiva ya que se identificaron los determinantes sociales y repercusiones del maltrato hacia el adulto mayor. Una vez identificados se diseñó una propuesta de un programa de educación para la salud enfocado a la prevención del maltrato. De forma correlacional ya que se establecieron los determinantes sociales y repercusiones influyentes en el adulto mayor a través de investigaciones cuantitativas.

De tipo transversal ya que se hizo la actividad una sola vez sin intervenir más veces. De tipo descriptiva ya que con los resultados de las variables permitieron identificar los determinantes, las repercusiones y el papel que juega la familia en el maltrato.

3.2 Muestra

La muestra con la que se trabajó fue no probabilística por conveniencia conformada por 15 adultos mayores que acudían a la “Casa de día” ubicada en la calle Gregorio Melero s/n. entre Avenida de las Torres y Agrarismo, barrio Saraperos, Municipio de Chimalhuacán, Estado de México. El periodo de tiempo fue comprendido de febrero del 2014 a junio de 2014.

Criterios de selección

- Criterios de inclusión: Se trabajó con aquellos adultos mayores que tuvieran 60 años en adelante y se presentaron en la “Casa de día” del municipio de Chimalhuacán, dando su consentimiento informado por escrito para su participación en la presente investigación.
- Criterios de exclusión: No se trabajó con personas menores a 60 años, aquellos adultos mayores que no se presentaron en la “Casa de día” y que no firmaron el consentimiento informado por escrito y que no accedieron a participar voluntariamente.

3.3 Instrumentos

Para el cumplimiento de esta investigación se realizó un instrumento sobre el maltrato hacia el adulto mayor, donde para ser validado se realizó la prueba piloto a 4 adultos mayores en la colonia tepalcates del Municipio de Chimalhuacán.

Al elaborar esta investigación se localizaron algunos instrumentos como el exprofeso el cual será validado por expertos y los temas con los cuales estuvo conformado fueron los siguientes: El maltrato del adulto mayor y la convivencia familiar.

Se localizaron algunos instrumentos como el apéndice 4 y 5 del cuestionario de cambios en la Percepción del Funcionamiento Familiar de Adultos Mayores de Casa de Abuelos Cotorro utilizado por Hernández, Pérez, Pérez, Saavedra, Tápanes y Legón en 2012; se utilizó el apéndice 2 del cuestionario para la etapa del diagnóstico violencia intrafamiliar utilizado por Celín en 2012 y se utilizó el apéndice 3 de la Guía de práctica clínica utilizado por el IMSS en 2013. Con la información obtenida de estos instrumentos se elaboró uno propio, el cual cumplió con el objetivo de la investigación ya que no se encontró uno que midiera los objetivos planteados, por eso se procedió al diseño del instrumento con apoyo de los instrumentos anteriores. El método consistió con la validación de expertos.

Para la presente investigación se elaboró y utilizó un instrumento (Anexo 3) el cual fue una encuesta referente al maltrato en el adulto mayor donde se identificó los determinantes sociales, las repercusiones sociales y la influencia de la familia en el maltrato hacia el adulto mayor.

El instrumento está conformado por 48 ítems, teniendo como modelo de respuesta abierta, cerrada y de opción múltiple, conformado por 4 apartados (I.- Datos generales, II.- Determinantes sociales, III.- Funcionalidad familiar y IV.- Repercusiones sociales).

3.4 Procedimiento

La presente investigación contó con 4 etapas: la gestión, la recopilación de la información, el procedimiento de la información y el análisis de resultados.

Gestión

En la primera se procedió a obtener los permisos necesarios a través de un oficio (anexo 1) asistiendo a la “Casa de día” ubicada en la calle Gregorio Melero s/n. entre Avenida de las Torres y Agrarismo, Barrió Saraperos en la cual se habló con el Director de la institución.

Una vez tenido el contacto con el director se explicó el motivo, solicitando su permiso para la aplicación del instrumento (anexo 3) referente al “maltrato hacia el adulto mayor” a 15 adultos mayores que acudieron a la “Casa de día”, al haber obtenido su autorización, se procedió a presentarnos con los adultos mayores con el objetivo de que a los adultos mayores se les hizo la entrega de la carta de consentimiento informado (anexo 2) donde se comunicó a los mismos, la importancia de que firmar la autorización para la participación en la aplicación de encuestas.

Etapa de recolección de la información

Para alcanzar el objetivo general se procedió a dar cumplimiento, a los diferentes objetivos específicos. De esta forma para cumplir el objetivo específico de **Conocer los determinantes sociales del maltrato en el adulto mayor** fue a través de la aplicación del instrumento (anexo 2) siendo una encuesta en el cual hubo un apartado por preguntas que se formularon en dirección a medir los determinantes sociales que generen el maltrato hacia el adulto mayor, donde se conoció los determinantes sociales (la edad avanzada, deficiencia en el estado de salud del adulto mayor, dependencia física y conductual, aislamiento social, dependencia financiera, dependencia emocional, pobreza, antecedentes de maltrato doméstico, sexo femenino, viudez, depresión, demencia, baja autoestima) que influyen en las prácticas de maltrato en el adulto mayor.

Para el cumplimiento del objetivo específico de **Identificar el papel que desempeña la familia en el maltrato hacia el adulto mayor**, se realizó a través del instrumento de la encuesta, retomando el apartado anterior (determinantes) y el de familia, nos ayudó a definir el papel de la familia. Además, se identificó si la familia es la que propicia o genera el maltrato en el adulto mayor, se evaluó e identificó la importancia de la familia y el papel que desempeña en el maltrato del adulto mayor.

Para el cumplimiento del objetivo específico de **Conocer las repercusiones del maltrato hacia el adulto mayor** éstos fueron identificados a través de la aplicación de un instrumento (anexo 3) donde hubo un apartado que mide el grado de daño físico, psicológico y social como sus repercusiones del maltrato.

Fuentes

Para la obtención de esta información fue de fuentes primarias y secundarias. La primera porque se obtuvo la información de las experiencias en este caso sobre el maltrato hacia el adulto mayor, también por que se obtuvo la información a través de

un instrumento (encuesta) el cual determino los datos requeridos para esta investigación. El segundo porque para su realización de esta investigación se tuvo que recopilar datos de forma secundaria referente a fuentes de información como investigación, fuentes oficiales, entre otras, que pudieron respaldar esta investigación.

3.5 Plan de análisis

Para el análisis de la información fue de forma cuantitativamente, a través del instrumento “encuesta” donde fueron preguntas cerradas con opciones múltiples o abiertas para el cumplimiento de una parte del objetivo general.

En cuanto a la información cuantitativa se analizó por el software Statistical Product and Service Solutions (SPSS) donde son datos estadísticos y analizando los resultados obtenidos del instrumento, se obtuvieron porcentajes y se gráfico la información obtenida

ASPECTOS ÉTICOS

En cumplimiento de las referencias internacionales en cuanto a la realización de alguna investigación donde se vio involucrados seres humanos, la Declaración de Helsinki estipula que todo proyecto debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles para el participante o para otros. Además de que siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad (Helsinki, 1989).

La Ley General de Salud estipula que “la investigación en salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan a: el conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social, a la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población” (DOF, Ley general de salud, 2009).

En cuanto al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud se refiere, esta estipula que “la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad, este tipo de investigaciones deben desarrollar acciones para la prevención y control de los problemas de salud, además de promover e impulsar la participación de la comunidad en el desarrollo de programas de investigación. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberán prevalecer el criterio del respeto de su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar” (DOF, 1984).

Por lo anterior; en cumplimiento a todo este marco normativo se redactó el consentimiento informado por escrito, proporcionando toda la información necesaria a los participantes y se solicitó su autorización de forma voluntaria de los participantes para participar en dicha investigación con base a la normatividad ética, el cual sustento esta investigación por lo que fue conveniente conocer el sustento ético como profesional por el motivo de trabajar con seres humanos (anexo 2).

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

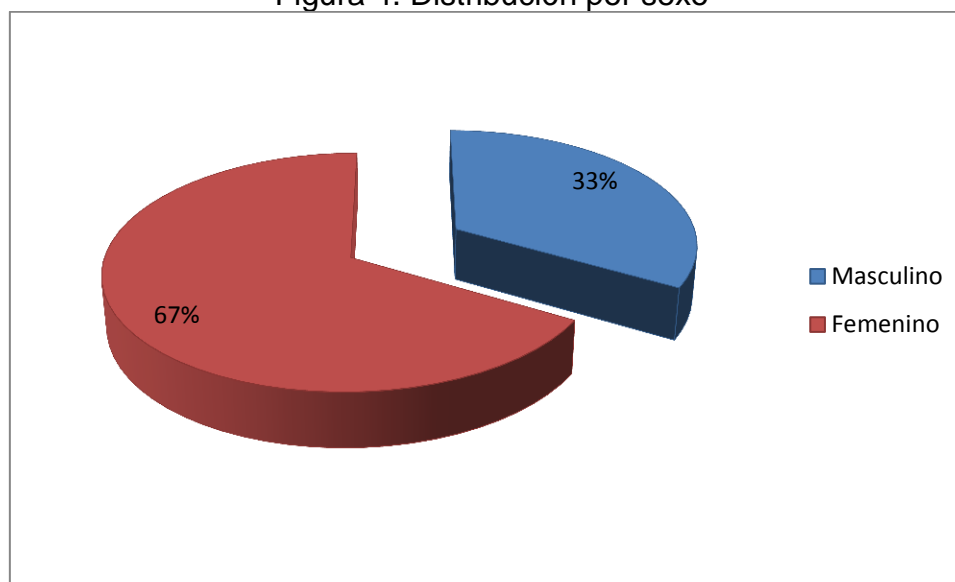
La muestra a la que se aplicó los instrumentos estuvo conformada por 15 adultos mayores de la “Casa de día” del municipio de Chimalhuacán.

A continuación, se presenta los resultados graficados de acuerdo a cada uno de los objetivos establecidos anteriormente en esta investigación.

De esta forma para el objetivo específico de **Conocer los determinantes sociales del maltrato hacia el adulto mayor** se obtuvieron los siguientes resultados.

Sobre el sexo de los adultos mayores, estuvieron conformados por el 33% era hombres, mientras el 67% fueron mujeres. Lo cual en la presente investigación se pudo observar que predominó más la participación del sexo femenino a dicha investigación (Figura 4).

Figura 4. Distribución por sexo

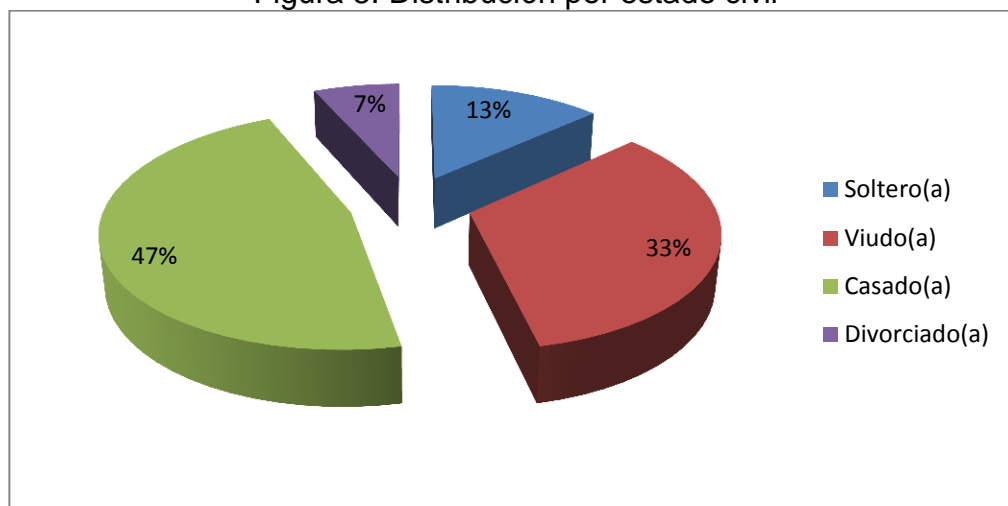


Fuente: Elaboración propia.

Sobre la *edad* se obtuvo un rango de edad de los participantes es de 62 a 86 con una edad promedio de 71.47 años (DE=5.927).

El *estado civil* de los participantes como se percibe en la Figura 5, el 47% de los adultos mayores son casados, en consiguiente el 33% son viudos por la pérdida de sus parejas y un 13% solteros.

Figura 5. Distribución por estado civil



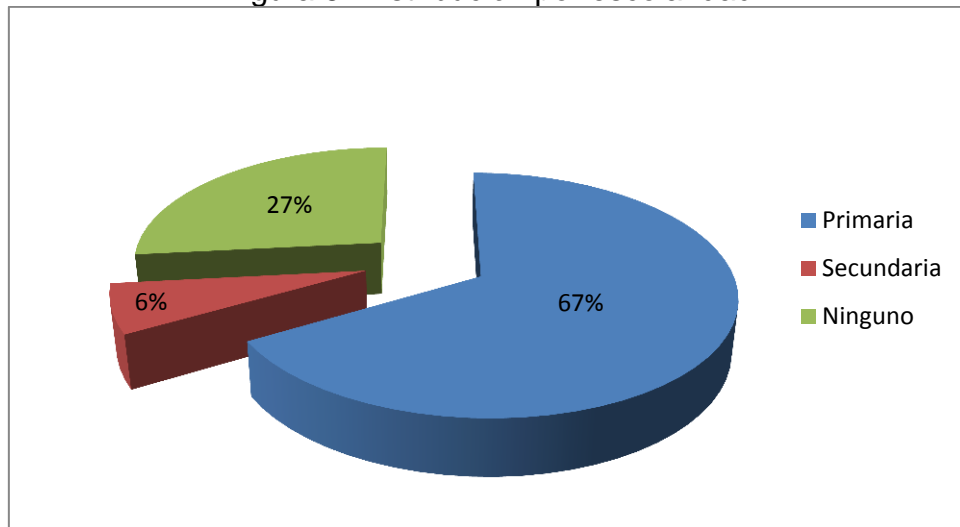
Fuente: Elaboración propia.

En la *Religión* se percibe que el 60% de los adultos mayores son católicos, mientras el 6.7% son cristianos y el otro 6.7% son testigos de Jehová.

El 20% refirió que viven con 1, 2, y 4 personas, mientras el 6.7% reporto que vive con 9 personas. El rango de habitantes viviendo con el adulto mayor es de 1 a 9 personas y vive en el municipio de Chimalhuacán.

Sobre la *escolaridad*, el 67% cuenta con nivel educativo básico "primaria" y un 27% no tiene algún nivel de estudios. Por consiguiente, refirieron que actualmente van a la escuela alfa TV (escuelas para adultos) (Figura 6).

Figura 6. Distribución por escolaridad

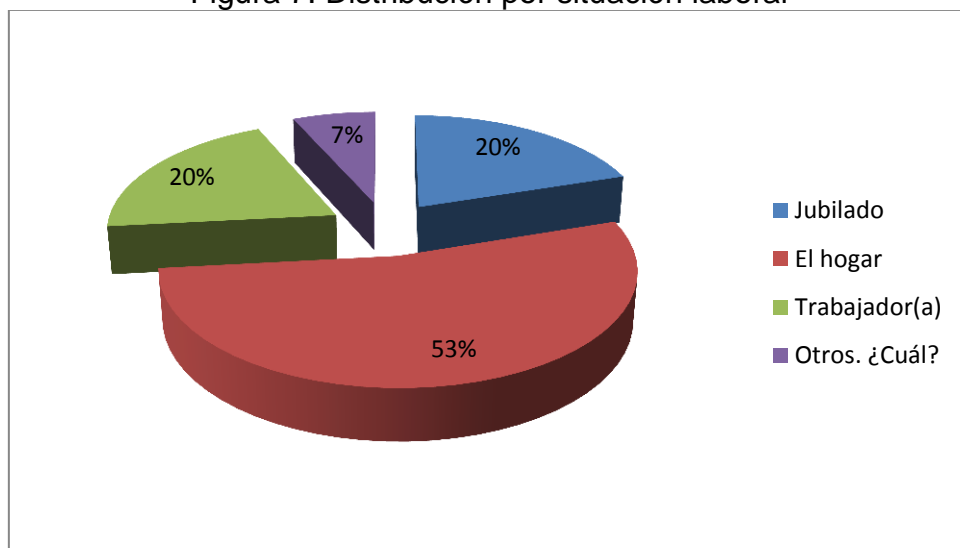


Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al número de hijos el 20% menciona que tienen 6 y 9 *hijos*, mientras el 6.7% dijo que 1, 4, 7 y 14 hijos. El rango es de 1 a 14 hijos. Como también se observó el 73.3% viven con sus hijos, mientras el 23.3% viven con otros (nuera/yerno, sobrinos).

La *situación laboral actual* de los adultos mayores es que el 53% se dedica al hogar, mientras el 20% son jubilados y el otro 20% son trabajadores (Figura 7).

Figura 7. Distribución por situación laboral

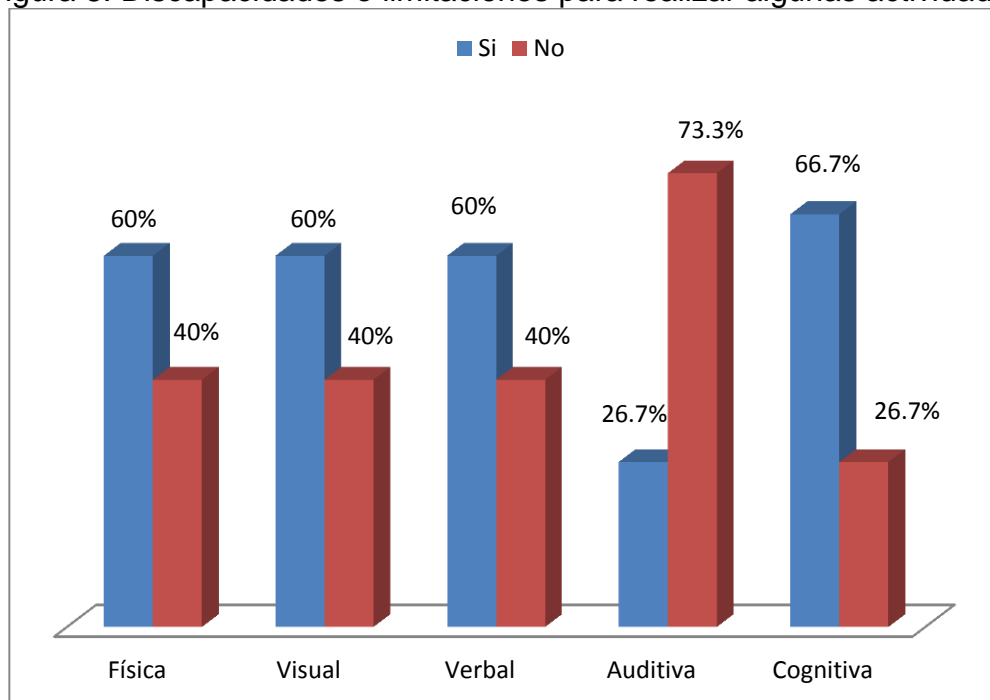


Fuente: Elaboración propia.

El 73.3% de los adultos mayores refirió que se ocupan de su propio cuidado personal (*comida, aseo, higiene y del hogar*), el 13.3% dice que el esposo(a), mientras el 6.7% se ocupan sus hijos(as) y otros familiares (nieta y la nuera) del cuidado del adulto mayor.

En la siguiente gráfica se puede observar que el 66.7% de los participantes presentan dificultad para recordar algunas cosas (esfera cognitiva), mientras el 26.7% presenta discapacidad auditiva (por ejemplo, oír, aun usando aparatos auditivos), así mismo consecutivamente la discapacidad visual (*por ejemplo, ver, aun usando lentes*), física (*por ejemplo, caminar, moverse, subir o bajar escaleras*) y posteriormente verbal (*por ejemplo, hablar, comunicarse o conversar*). Fue referido que presenta varias discapacidades una misma persona (Figura 8).

Figura 8. Discapacidades o limitaciones para realizar algunas actividades



Fuente: Elaboración propia.

Se percibe que el 80% de los adultos mayores *sufren alguna enfermedad*, las cuales son Parkinson, incontinencia urinaria, diabetes, hipertensión, psoriasis, desgaste del cartílago, inmovilidad parapléjica, demencia mixta y de próstata.

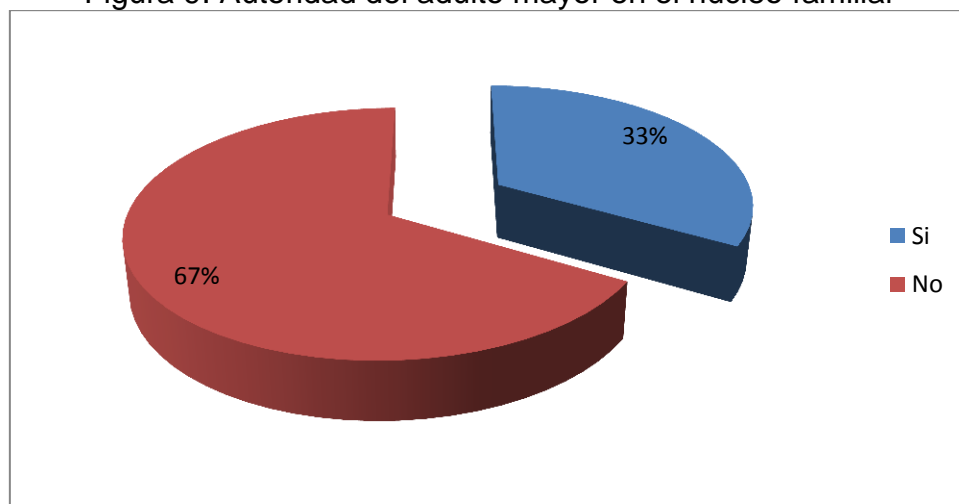
Para el objetivo específico de **Identificar el papel que desempeña la familia en el maltrato hacia el adulto mayor** se obtuvieron los siguientes resultados.

Sobre el **rol familiar** se identificó que el 53.3% refirieron que los adultos mayores son quienes se encargan del gasto familiar y el 46.7% son los hijos(as) mientras que el 20% respondió que el esposo(a) y el 26,7% otros (nietos, yernos/nueras). Así mismo se identificó con el 66.7% de los encuestados respondieron que si tiene problemas económicos en su familia.

En cuanto a las realizaciones de las tareas del hogar (cocinar, lavar, barrer, hacer las compras) el 93.3% de los participantes reporto que si las realiza.

Sobre la autoridad de la familia (*no dejarlo opinar, no considerarlo, el no opinar sobre los gastos o los quehaceres de la casa, entre otros*) como se observará más adelante en la Figura 9 el 33% menciona que si le quitan autoridad en su familia. Quienes ejercen esta pérdida de autoridad son los hijos(as) y los sobrinos.

Figura 9. Autoridad del adulto mayor en el núcleo familiar



Fuente: Elaboración propia.

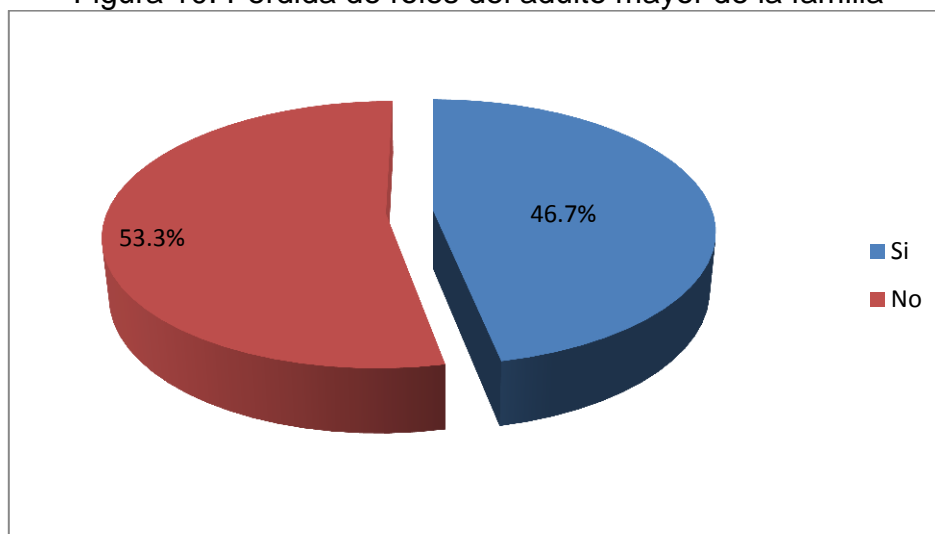
Sobre la organización familiar (*en cuanto a distribución de quehaceres, deberes de la casa, gastos, etc.*) el 46.7% su familia no tiene organización.

Ahora bien, en cuanto a *las necesidades que le ofrece su familia* el 73.3% menciona que su familia les ofrece amor y compañía, mientras el 53.3% refiere que no les ofrecen su familia dinero y vestimenta.

El 66.7% de los adultos mayores respondieron que su familia cada uno cumple con sus responsabilidades (*quehaceres*) del hogar. Así mismo el 60% dice que se distribuye las tareas de forma que nadie este sobrecargado (*que nadie haga más tarea de lo debido*).

Ahora bien, se percibió que el 46.7% *considera que ha tenido perdida de roles (ser padre, ser proveedor, el de autocuidado, de familia ocupacional, etc.)* sociales como se percibe en la Figura 10. La manera en que los adultos mayores siente que perdieron esos roles es que, ellos ya no son autoridad ya que se les fue arrebatado, el desplazamiento familiar porque no son apoyados por sus hijos, la pérdida del rol de la jefa de familia donde los familiares faltan al respeto a los adultos mayores con la pérdida de papeles. El rol del autocuidado donde los familiares agrade a las personas adultas mayores por tener alguna discapacidad (física, visual, auditiva, verbal, cognitiva).

Figura 10. Perdida de roles del adulto mayor de la familia



Fuente: Elaboración propia.

Ahora bien, en cuanto al nuevo rol que desempeña actualmente en su familia mencionaron que es el de ser ignorados ya que sus familias no les prestan atención, el de la pérdida de autoridad, así mismo la pérdida de expresión sobre temas relevantes a la familia.

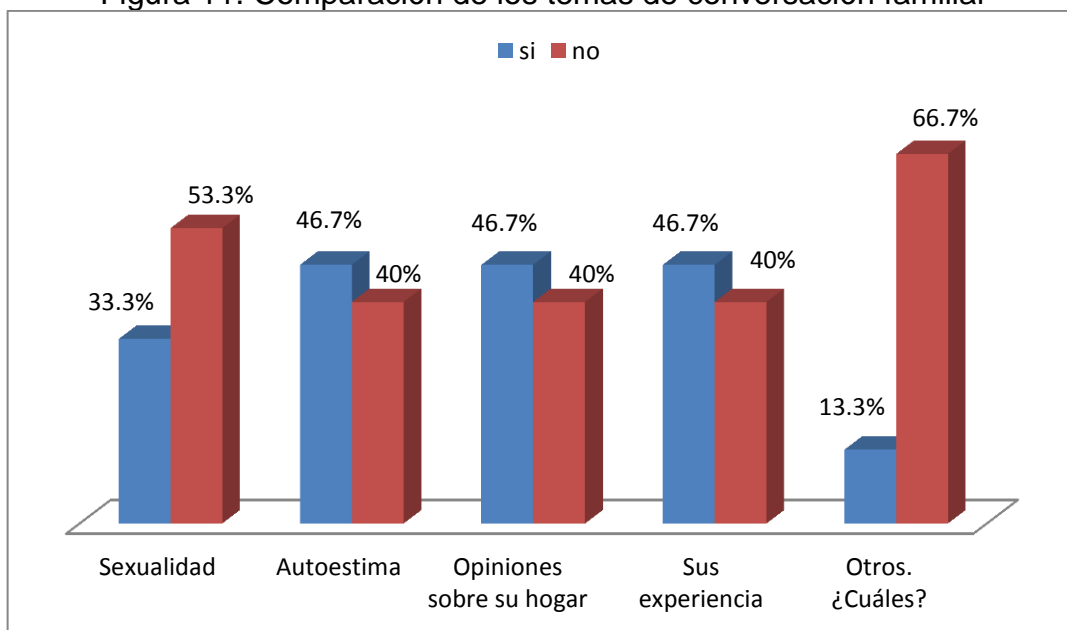
Referente a la **comunicación familiar** se identificó que el 46.7% refiere que existe falta de comunicación entre los miembros de la familia. A su vez el 66.7% menciona que presentan sus familiares problemas de carácter (*ira, enojo*) y quiénes lo presentan son los esposos, hijos, nuera/yernos, hermanos, cuñadas, nietos y sobrinos.

El mismo 60% respondió que la comunicación con su familia es clara, tranquila y entendible. Mientras que el 53.3% respondió que *la comunicación con su familia es confusa (no es entendible, no se establece diálogo alguno)*.

Ahora bien, sobre el que se pueda expresar en la familia sin insinuaciones (*indirectas o críticas*) el 73.3% respondió que no se puede comunicar sin llegar a las insinuaciones. El 53.3% reportó que puede conversar en familia sobre diversos temas sin temor a sí mismos.

Como se observa en la Figura 11 el 46.7% menciona que se puede hablar de opiniones sobre su hogar y sus experiencias mientras que el 13.3% dice que de otros temas (salud y no se habla sobre nada).

Figura 11. Comparación de los temas de conversación familiar



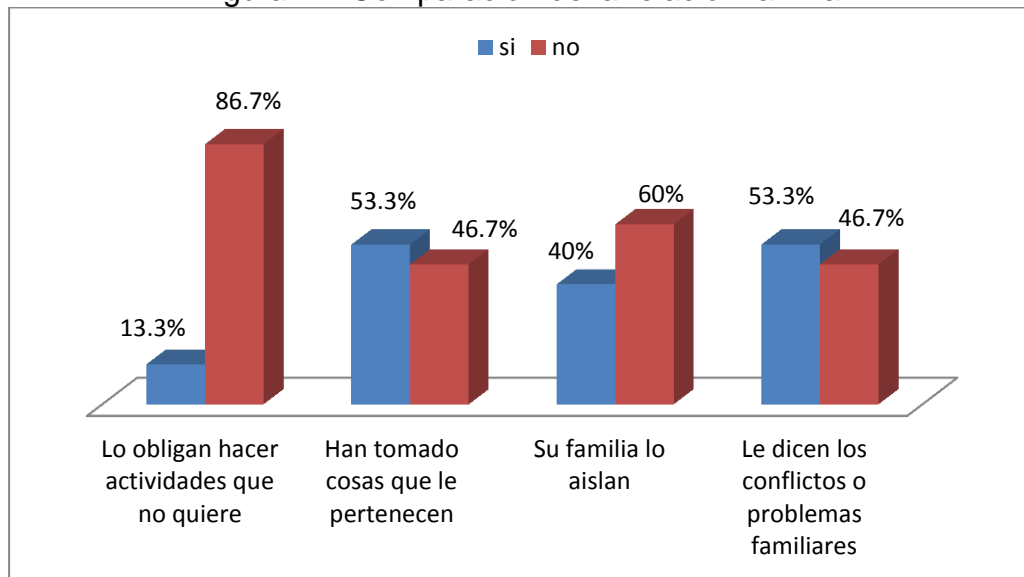
Fuente: Elaboración propia.

Referente a los **valores familiares** se identificó que el 40% menciono que en su familia hay falta de respeto (*groserías, insultos, ofensas*) de sus familiares hacia el adulto mayor. Así mismo el 40% presentan falta de valores familiares (*respeto, tolerancia, compromiso, solidaridad, paciencia, etc.*). El 33.3% de los adultos mayores respondieron que sus familiares no respetan su privacidad (*sus problemas, sus decisiones, su cuarto, etc.*).

Sobre la **relación familiar** se identificó como se muestra en la Figura 12 comparativa que el 13.3% dijo que sus familiares si los obligan a realizar labores domésticas, el 53.3% menciono que sí le han tomado cosas personales (*teléfono, dinero, personales, de limpieza, etc.*) que las cosas que le han tomado ha sido desde el teléfono hasta dinero, el 40% menciono que si los aíslan donde presenta incomunicación, soledad o abandono y el 46.7% no les dicen o no les informa sobre los conflictos que se presenta en la familia principalmente cuando son por el carácter de algún miembro de la familia. Ahora bien, sobre la relación con cada una de las personas con la que vive respondieron que es mala porque no hay una comunicación

entre los familiares, la relación con algunos es conflictiva, así mismo no se le es tomado en cuenta y se les ve como si no existieran.

Figura 12. Comparación de la relación familiar



Fuente: Elaboración propia.

Referente a la **percepción (apreciación) del adulto mayor** se identificó que el 80% de los participantes respondieron que su familia lo ven como una persona estimada. Así mismo el 73.3% respondió que siente que es apreciado por su familia.

Así como también refirieron que los adultos mayores por parte de sus familiares se deben de tratar con amor, cariño, amabilidad comprensión, atención, respeto, armonía, que cubra sus necesidades (comer, vestir, donde vivir, etc.), tolerancia, entender el proceso que están teniendo, no desacreditarlos en cuanto a autoridad, apoyo moral.

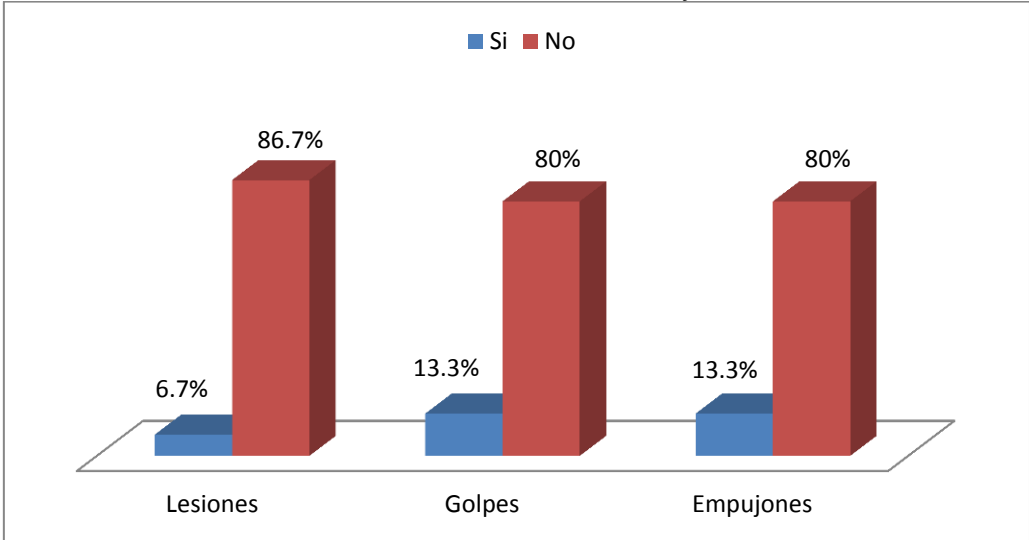
Así mismo que las acciones que cree que se percibe en el maltrato son que agreden a una persona, se aprovechen del adulto mayor, golpearlo, ignorarlo, empujarlos, insultarlo, ofenderlos, desautorizarlos, decirles groserías, abusar de ellos, gritarles, humillarlos, incomprenderlos, violencia, abandonarlos y odiarlos.

Sobre los **hábitos familiares** se identificó que el 46.7% de los familiares consumen sustancia nociva “alcohol”. Así mismo refirieron quienes los ignoran, tratan mal, los insultan, los agreden son principalmente con el 46.7% otros (ninguno o nadie) el 33.3% respondió que los hijos o hijas, 13.3% su cónyuge y los yernos o nueras, por último, se encuentran los nietos con un 6.7%.

De esta forma para el objetivo específico de **Conocer las repercusiones del maltrato hacia el adulto mayor** se obtuvieron los siguientes resultados.

Para ello se obtuvo que un 13.3% de los participantes como se observa en la Figura 13 comparativa sobre las repercusiones físicas del maltrato que alguno de sus familiares le ha ocasionado, fueron los golpes (*por parte de alguno de sus miembros de la familia*), y los empujones. Mientras que el 6.7 % reporto las lesiones (*cortaduras, moretones, raspones, rasguños, etc.*).

Figura 13. Comparación de las repercusiones físicas del maltrato por parte de un familiar hacia el adulto mayor



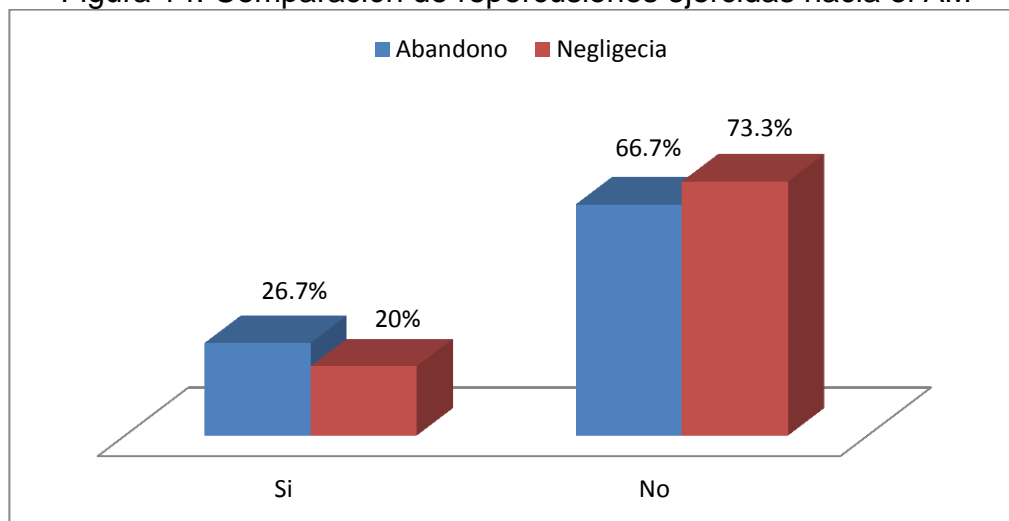
Fuente: Elaboración propia.

Referente a las repercusiones sociales, se encontró que al 26.7% les prohíben frecuentar a sus amistades. Mientras el 6.7% refirió que sus familiares los prohíben a frecuentar lugares inclusive para ir a la casa de día luego los prohíben asistir a sus

clases de alfa tv (escuela para adultos) y de neurolingüística, así mismo el que ellos acudan a los domicilios en busca a los mismos adultos mayores.

Como se observa en la Figura 14 se puede observar en la comparación que el 66.7% presenta negligencia (*olvidar darle de comer*) realizada por su propia familia donde suele ser una dos o 3 veces a la semana, mientras el 26.7% refiere que presenta abandono por parte de sus familiares donde no le prestan atención, no ven las necesidades que presentan.

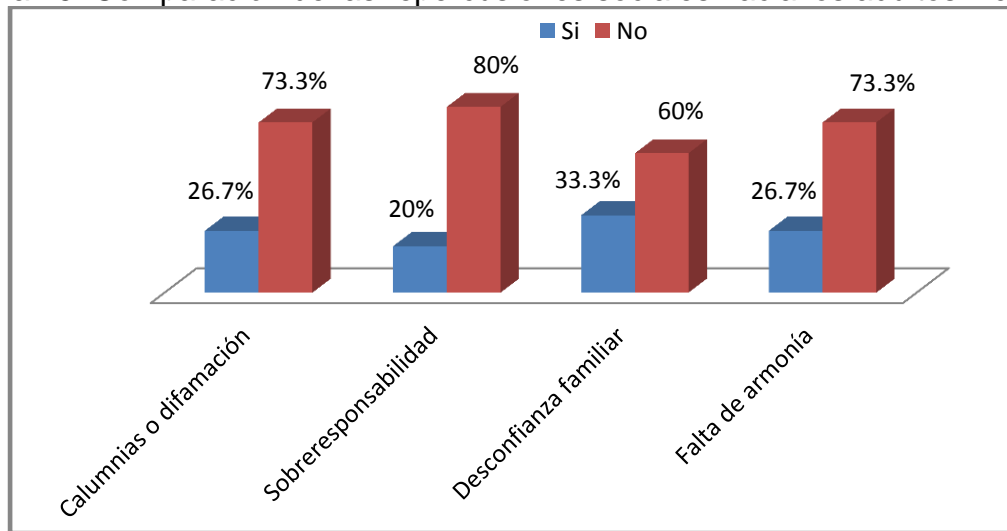
Figura 14. Comparación de repercusiones ejercidas hacia el AM



Fuente: Elaboración propia.

Las repercusiones familiares como se percibe en la Figura 15, la cual se hace la comparación se puede observar que el 33.3% han sufrido de desconfianza por parte de sus familiares hacia ellos y el 20% ha recibido sobrerresponsabilidad (*que sea responsable de todas las labores domésticas, económicas, etc.*).

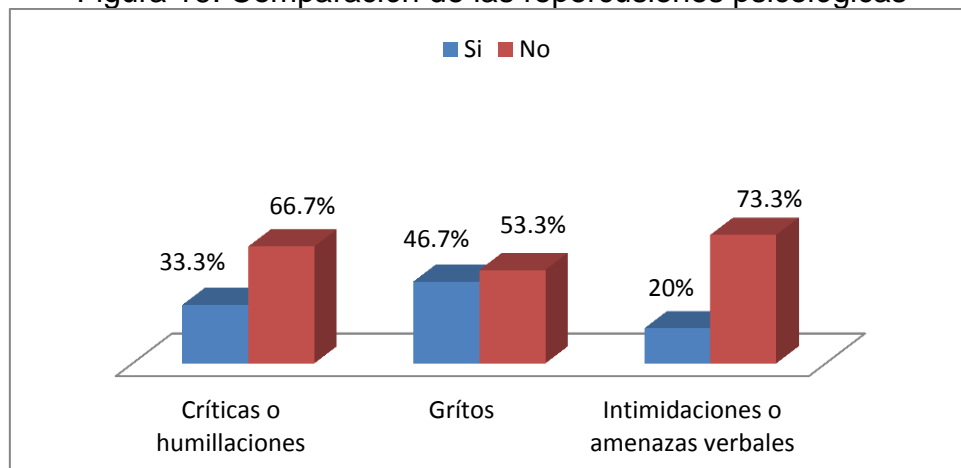
Figura 15. Comparación de las repercusiones sociales hacia los adultos mayores



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 16 comparativa sobre las repercusiones psicológicas hacia los adultos mayores se puede observar que 46.7% de los adultos mayores reciben gritos por parte de sus familiares, mientras que el 33.3% recibe críticas o humillaciones y para el 20% reciben intimidaciones o amenazas verbales.

Figura 16. Comparación de las repercusiones psicológicas

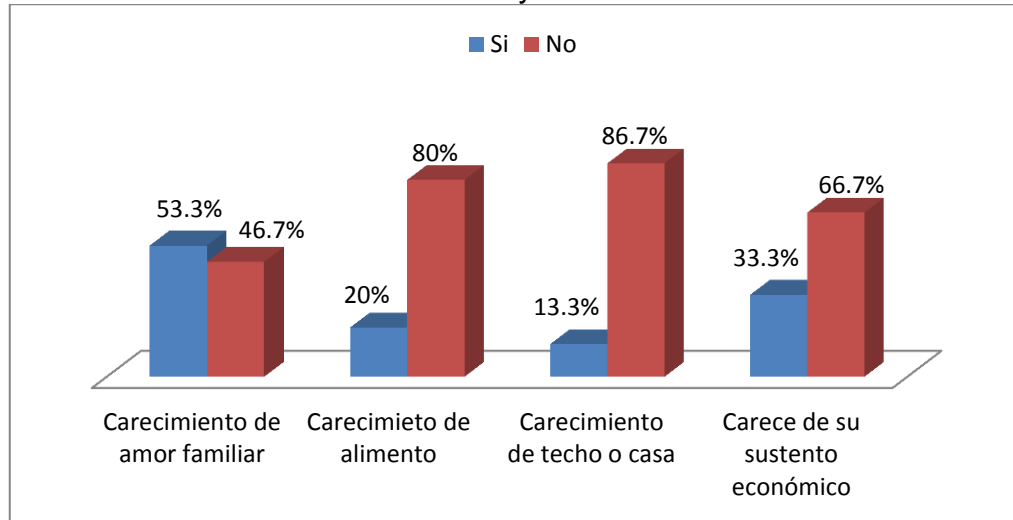


Fuente: Elaboración propia

Así mismo las repercusiones de las necesidades básicas del adulto mayor como se percibe en la Figura 17, donde hace la comparación sobre las necesidades del adulto mayor se puede observar que el 53.3% han sentido carecimiento de amor familiar

(*caricias, abrazos, palabras alentadoras*), así mismo el 13.3% carecen de techo o casa y sustento económico.

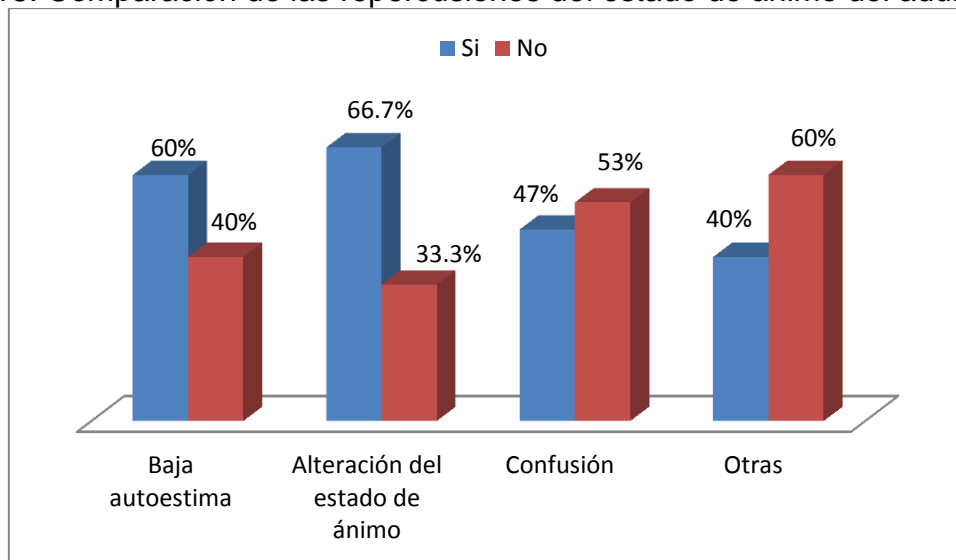
Figura 17. Comparación de las repercusiones de las necesidades básicas del adulto mayor



Fuente: Elaboración propia

La repercusión del estado de ánimo se observa en la Figura 18, donde el 66.7% ha sentido alteración del estado de ánimo, así mismo el 40% ha sentido otros (*sentimientos son la tristeza, depresión, ideas suicidas y sentimientos de culpa*).

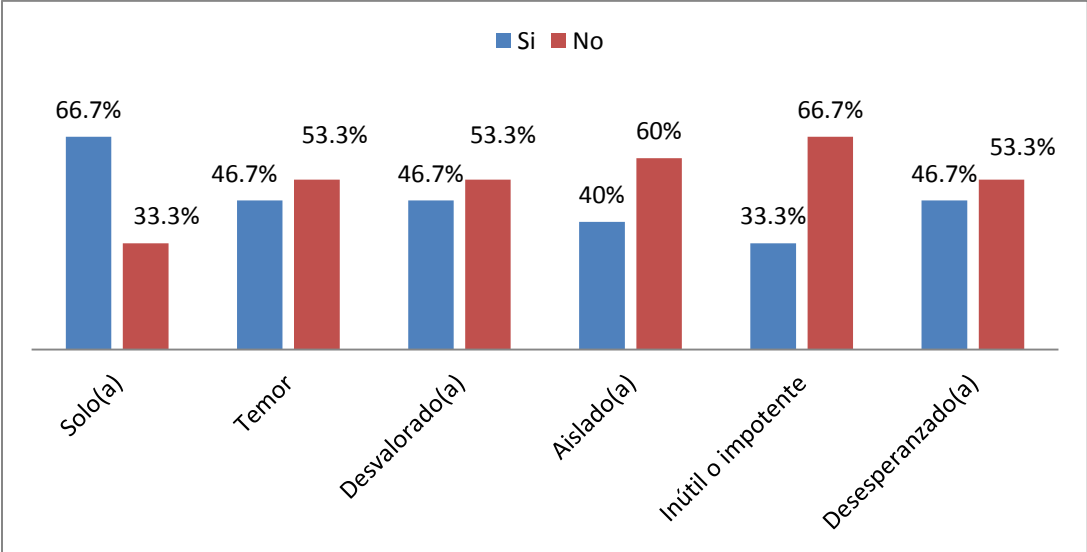
Figura 18. Comparación de las repercusiones del estado de ánimo del adulto mayor



Fuente: Elaboración propia

Referente a las repercusiones de la percepción del propio adulto mayor, se observó en la Figura 19 de comparación que el 66.7% se ha sentido solo(a), así mismo el 46.7% ha sentido temor y desvalorado(a). Mientras que el 33.3% se ha sentido inútil o impotente.

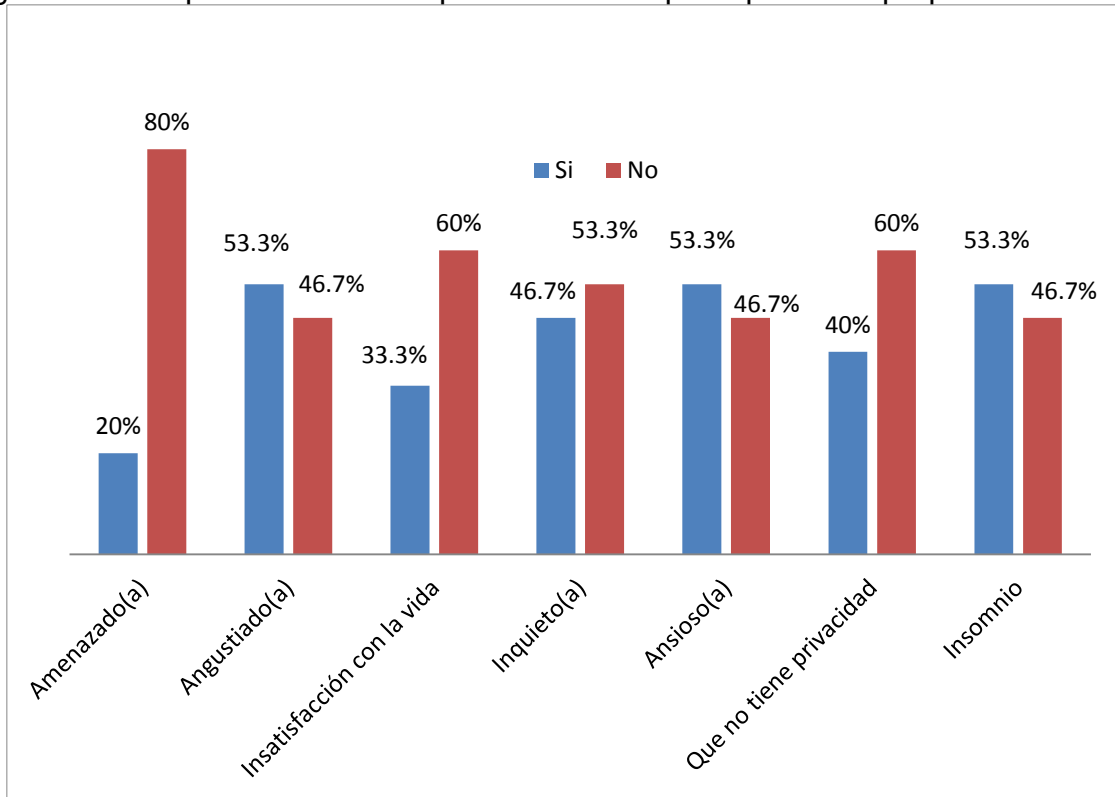
Figura 19. Comparación de las repercusiones de percepción del propio adulto mayor



Fuente: Elaboración propia

También otras repercusiones de la percepción del propio adulto mayor, se observó en la Figura 20 de comparación que el 53.3% sentido angustiada(a), ansiosa(a) y con insomnio, así mismo el 56.7% se ha sentido inquieto. Mientras que el 20% se ha sentido amenazado(a).

Figura 20. Comparación de las repercusiones de percepción del propio adulto mayor



Fuente: Elaboración propia

Para el 66.7% de los adultos mayores los acompañan frecuentemente sentimientos de tristeza, llanto y el motivo por el cual tiene estos sentimientos son por la discapacidad que presentan y el cómo los tratan sus familiares, por la pérdida de sus parejas, por la soledad, el ver que sus familiares no los cuidan bien, por la falta de economía y pedir a los mismos familiares, por las relaciones conflictivas con hijos, familiares, nietos, etc., y por la falta de apoyo por parte de la pareja.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados obtenidos, los cuales se presentan organizados de acuerdo a los objetivos específicos de esta investigación. Para ello considerando las aportaciones teóricas del Marco Teórico.

- ***Conocer los determinantes sociales del maltrato en el adulto mayor***

Los resultado sobre el sexo son similares a los de la OPS y OMS (2003), CONAPAM (2004), Justicia de Aragón (2004), Strejilevich (2004), Barbero et al. (2005), Letelier (2005), OMS (2006), Arguello et al. (2007), IMSERSO, SEGG y OMS (2007), Osorio (2007), Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores (2007), Iborra (2008), Leturia y Etxaniz (2008), Morera (2008), Rueda, et al. (2008), Sirlin (2008), Lathrop (2009), Sepúlveda–Carrillo et al. (2009), Dahlgren y Whitehead, (2010), Bautista-Martínez (2012), Giraldo (2012), González (2012), SENAMA (2012b), CONAPAM (2013), Gómez (2013), Sistema Nacional de Salud y CENETEC (2013), Burnett et al. (2014), Savio et al. (2014), Giraldo (2015b), Universidad Maimónides (2015), OMS (2016b), SEDESOL (2016) e INAPAM y SEDESOL (s.f.a; s.f.b), esto podría deberse ya que se encontró en la presente investigación que si es un determinante, prevaleciendo más el maltrato en las mujeres por las consideraciones que se arraigaron de que este género es vulnerable y sumiso. Sin embargo, no digo que no esté presente el maltrato en el género masculino solo que quién tiene mayor predominio a que se presente o a presentarlo son las mujeres.

En cuanto a la edad en esta investigación, los resultados son similares a Bautista-Martínez (2012) por ser también está un determinante, y donde se encontró que presente en adultos mayores de 71 años en adelante. Sin embargo, no quiere decir que conforme a mayor edad no sea mayor el riesgo de maltrato hacia el adulto mayor, debido a su proceso de envejecimiento va teniendo un deterioro.

El estado civil de los adultos mayores estoy de acuerdo con IMSERSO, SEGG y OMS (2007), Lathrop (2009), Sepúlveda–Carrillo et al. (2009) y CONAPAM (2013) de que el estar casado es un determinante de maltrato.

Sobre la religión ningún autor lo retomo, sin embargo, se puedo percibir que no necesariamente los católicos están propensos a sufrir maltrato. En todas las religiones en general se percibe, pero no se considera como un determinante ya que la religión no desencadena esta problemática. Sin embargo, no hay de dar por perdido que en algún momento en un futuro se convierta en determinante de la misma.

En cuanto al hacinamiento se concluyó que los resultados son similares a la OPS y OMS (2003), Barbero et al. (2005), Arguello et al. (2007), IMSERSO, SEGG y OMS (2007), Lathrop (2009), SENAMA (2012b), Universidad Maimones (2015), OMS (2016b) y Fernández (s.f.) porque el número de personas que viven con el adulto mayor es de 1 a 4.

De acuerdo a los resultados obtenidos son similares a Strejilevich (2004) y Morera (2008), porque se comprobó que al tener un grado escolar (primaria) bajo es un determinante, donde entre menos sea el nivel de escolaridad del adulto mayor más va a ser la probabilidad de generar maltrato.

Sobre la situación laboral del adulto mayor, los resultados de la presente investigación difieren con los propuestos por la OPS y OMS (2003), OMS (2006) y Sepúlveda–Carrillo et al. (2009), ya que ellos mencionan que el desempleo es uno de los determinantes del maltrato hacia el adulto mayor, sin embargo, en este estudio se identificó que el dedicarse al hogar y ser jubilado generaba mayor maltrato.

Los resultado sobre el cuidado del adulto mayor en esta investigación demostraron que es un determinante social, porque el adulto mayor se ocupa de su propio cuidado personal (comida, aseo, higiene y del hogar), así mismo estoy de acuerdo

con Arguello et al. (2007), Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores (2007) y Savio et al. (2014), de que el cuidado es brindado por un familiar, como mostro esta investigación en primera estancia fue por el conyugue, los hijos(as) u otro familiar (nieto, la nuera/yerno) del cuidado del adulto mayor.

En cuanto a discapacidades o limitaciones en el adulto mayor, los resultado son similares a los de CONAPAM (2004), Justicia de Aragón (2004), Letelier (2005), Osorio (2007), Iborra (2008), Leturia y Etxaniz (2008), Morera (2008), Rueda et al. (2008), Sirlin (2008), González (2012), SENAMA (2012b), SENAMA (2013), Burnett et al. (2014), Contreras y Suarez (2014), SEDESOL (2016), OMS (2016b) e INAPAM y SEDESOL (s.f.a; s.f.b) ya que los tipos de discapacidades que se percibieron fueron la cognitiva, física, visual y verbal. Lo cual si es considerado un determinante del maltrato hacia el adulto mayor.

Por otro lado, los resultados son similares a la OPS y OMS (2003), Justicia de Aragón (2004), CONAPAM (2004), Arguello et al. (2007), IMSERSO, SEGG y OMS (2007), Osorio (2007), Leturia y Etxaniz (2008), Rueda et al. (2008), Lathrop (2009), Dahlgren y Whitehead (2010), Jiménez (2010), Giraldo (2012), González (2012), SENAMA (2012b), Pérez y Chulián (2013), SENAMA (2013), Burnett et al. (2014), Savio et al. (2014), Universidad Maimónides (2015), Giraldo (2015b), SEDESOL (2016) e INAPAM y SEDESOL (s.f.a; s.f.b) ya que el sufrir alguna enfermedad también es un determinante del maltrato como lo son el Parkinson, incontinencia urinaria, diabetes, hipertensión, psoriasis, desgaste del cartílago, inmovilidad parapléjica, demencia mixta y de próstata.

- ***Identificar el papel que desempeña la familia en el maltrato hacia el adulto mayor***

Los resultados sobre el rol de la familia son diferentes a los de Guzmán y Sosa (2002), Osorio (2007), Carmona (2011), Cevallos (2011), Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, IMSERSO & Secretaría General de Política Social y

Consumo (2011), González (2012) y Serrano (2013) esto se debe a que quien se encarga del gasto familiar es el adulto mayor, no existe un apoyo económico del adulto mayor a su familia con la que interacciona, como tal sino una responsabilidad económica para su hijo(a), yerno/nuera, o nietos y sobrinos, debido a los problemas económicos en la familia.

Los resultados son diferentes a los de Piña (2002), Barbero et al. (2005), Osorio (2007), Marco (2009), Carmona (2011), Cevallos (2011), Díaz et al. (2014) ya que el adulto mayor en su familia no tiene autoridad (no dejarlo opinar, no considerarlo, el no opinar sobre los gastos o los quehaceres de la casa, entre otros) por ser retirada por parte de los hijos(as) y los sobrinos.

A su vez los resultados obtenidos por una parte fueron similares a los de Guzmán y Sosa (2002), Piña (2002), Strejilevich (2004), Barbero et al. (2005), Cifuentes (2005), Osorio (2007), Sirlin (2008), Carmona (2011), Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO] & Secretaría General de Política Social y Consumo, 2011; González (2012) y Díaz et al. (2014) esto se debe a que la familia le ofrece al adulto mayor amor, compañía, respeto, atención, vestimenta, comida, techo, dinero. Satisfaciendo las necesidades del adulto mayor, y a su vez en parte fueron diferentes ya que los que vivieron más presente el maltrato conforme los resultados en sus familias a la mayoría solo les satisfacían principalmente la necesidad de vestimenta y dinero, de ahí en fuera todas las demás eran deficientes.

Por otro lado, los resultados obtenidos son similares a Enciclopedia Británica (2009), Cevallos (2011), Montes de Oca y Macedo (2012), Contreras y Suarez (2014) y Mabel (2015) esto se debe a que el adulto mayor realiza tareas domésticas como son el cocinar, lavar, barrer, hacer las compras.

Además, los resultados obtenidos de la organización familiar son distintos de los de Strejilevich (2004), Cifuentes (2005), Carmona (2011), Mendoza (2012) y Díaz et al.

(2014) debido a que no existió una organización en cuanto a la distribución de quehaceres, deberes de la casa, gastos, entre otros en la familia del adulto mayor, al cumplimiento de las responsabilidades (quehaceres) de cada integrante y la distribución de las tareas de forma que no quedará sobrecargado algún miembro de la familia. Así como también la pérdida de sus roles del mismo adulto mayor (el de autocuidado, de participación en familia, entre otros), porque ya no tienen autoridad, existe desplazamiento familiar por parte de los hijos, falta del respeto a los adultos mayores con la pérdida de papeles.

Sin embargo, los resultados obtenidos fueron diferentes a Piña (2002), Barbero et al. (2005), Cifuentes (2005), Osorio (2007), Marco (2009), Carmona (2011) y Díaz et al. (2014), debido a que el rol que desempeña actualmente el adulto mayor en la familia era el ser ignorados, falta de atención de la familia al adulto mayor, la pérdida de autoridad, pérdida de expresión sobre temas relevantes en su familia que propicia a sufrir el adulto mayor un maltrato.

Los resultados obtenidos sobre la comunicación familiar fueron diferentes a los de Andersen (1985), Satir (1991), Zuloaga y Franco (2002; 2005) Baeza y Poblete (2006), Marco (2009) y Mendoza (2010), esto podría deberse ya que se encontró en la presente investigación que existe falta de comunicación entre los miembros de la familia, así como el carácter de cada integrante (ira o enojo) presentado en el cónyuge, los hijos, la nuera o el yerno, los nietos, en todos aquellos que forma parte de la familia del adulto mayor. Así mismo es confusa (no es entendible, no se establece diálogo alguno) y no puede expresarse sin la presencia de indirectas o críticas hacia el adulto mayor.

Los resultados obtenidos son diferentes a los de Garzón (2001), Osorio (2007), Marco (2009), Ramírez (2010), Carmona (2011), García (2013), Serrano (2013), Contreras y Suarez (2014), González (2014), Romero (2015), Peña (2016) y Ventura (2016) esto podría deberse ya que se identificó la falta de respeto (groserías, insultos, ofensas) de sus familiares hacia él, falta de valores familiares (tolerancia, compromiso,

solidaridad, paciencia, entre otros) y la falta de respeto de la privacidad (sus problemas, sus decisiones, su cuarto, etc.).

Conforme a la OPS y OMS (2003), Justicia de Aragón (2004), Barbero et al. (2005), Letelier (2005), OMS (2006), IMSERSO, SEGG y OMS (2007), Osorio (2007), Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores (2007), Sirlin (2008), Rueda et al. (2008), Lathrop (2009), Pacheco (2009), Giraldo (2011), Bautista-Martínez (2012), Giraldo (2012), González (2012), SENAMA (2012b), Pérez y Chulián (2013), Sistema Nacional de Salud y CENETEC (2013), Abusleme y Caballero (2014), Universidad Maimónides (2015), Giraldo (2015b), OMS (2016b), Berenguer et al. (2017), Fernández (s.f.), INAPAM & SEDESOL (s.f.a) y Zuloaga y Franco (s.f.) coincido con ellos ya que de acuerdo a los resultados obtenidos sobre las relaciones familiares son disfuncionales por la falta de comunicación, además de ser conflictiva entre los miembros de la familia, obligándolos a realizar labores domésticas, tomándoles sus cosas personales (teléfono, dinero, personales, de limpieza, etc.) del adulto mayor donde las cosas que le han tomado ha sido desde el teléfono hasta dinero, el aislarlo presentando incomunicación, soledad o abandono y no les informa sobre los conflictos que se presenta en la familia principalmente cuando son por el carácter de algún miembro de la familia.

Los resultados obtenidos sobre la *percepción del rol del adulto mayor* son similares a Olivo (2009), de que la familia perciba al adulto mayor como una persona estimada y sea apreciado por su familia. No obstante, también estoy de acuerdo con Cifuentes (2005) y González (2014), que de no sea estimado y apreciado el adulto mayor por lo cual la familia generó un maltrato hacia este, ya que algunos resultados obtenidos demostraron lo contrario a Olivo.

Estoy de acuerdo con Olivo (2009), porque los resultados demostraron que los adultos mayores deben de tratarse con amor, cariño, amabilidad comprensión, atención, respeto, armonía, que cubra sus necesidades (comer, vestir, donde vivir,

etc.), tolerancia, entender el proceso que están teniendo, no desacreditarlos en cuanto a autoridad y apoyo moral por parte de sus familiares.

Los resultados obtenidos son similares a los de la OPS (2003), OPS y OMS (2003), OMS (2006), Iborra (2008), Sirlin (2008), Giraldo (2012), INAPAM (2012), SENAMA (2012a), Gómez (2013), SEDESOL (2016), OMS (2016b), OMS (2017a) e INAPAM y SEDESOL (s.f.a), esto podría deberse ya que las acciones que percibieron los adultos mayores acerca del maltrato son el aprovecharse del adulto mayor, golpearlo, ignorarlo, empujarlos, insultarlo, ofenderlos, desautorizarlos, decirles groserías, abusar de ellos, gritarles, humillarlos, incompreensión, violencia, abandonarlos y odiarlos.

En cuanto al consumo de sustancias nocivas estoy de acuerdo con OPS y OMS (2003), Barbero et al. (2005), OMS (2006), Arguello et al. (2007), IMSERSO, SEGG y OMS (2007), Osorio (2007), Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores (2007), Iborra (2008), Leturia y Etxaniz (2008), Morera (2008), Rueda et al. (2008), Sirlin (2008), Lathrop (2009), Dahlgren y Whitehead (2010), Giraldo (2011), Adams (2012), Giraldo (2012), SENAMA (2012b), CONAPAM (2013), Pérez y Chulián (2013), Sistema Nacional de Salud y CENETEC (2013), Contreras y Suarez (2014), Savio et al. (2014), Giraldo (2015b), OMS (2016b) y Fernández (s.f.) que el alcohol influye mucho en el maltrato hacia el adulto mayor y quien son consumidores son los familiares o responsables del cuidado del adulto mayor.

Así mismo de acuerdo a la OPS y OMS (2003), Justicia de Aragón (2004), Barbero et al. (2005), Letelier (2005), Arguello et al. (2007), IMSERSO, SEGG y OMS (2007), Osorio (2007), Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores (2007), Iborra (2008), Leturia y Etxaniz (2008), Morera (2008), Rueda et al. (2008), Sirlin (2008), Lathrop (2009), Giraldo (2011), Adams (2012), CONAPAM (2013), Gómez (2013), Pérez y Chulián (2013), Savio et al. (2014), Universidad Maimónides (2015), OMS (2016b) e INAPAM y SEDESOL (s.f.b) coincido con ellos ya que los que ejercen el maltrato en el adulto mayor de acuerdo a los resultados obtenidos son los

familiares por estar a cargo del cuidado del adulto mayor como son los hijos(as), la nuera o yerno, el cónyuge y los nietos por el simple hecho de que el adulto mayor vive con un hijo por la pérdida de la autonomía.

- ***Conocer las repercusiones del maltrato hacia el adulto mayor***

Estos resultados son similares a los obtenidos por Iborra (2008), Universidad Maimónides (2015), OMS (2016b), OMS (2017a) y Fernández (s.f.) esta semejanza podría deberse a las repercusiones físicas que identificaron los autores son semejantes a los de la presente investigación que fueron las lesiones, golpes y empujones.

Los resultados obtenidos son similares a los de la OPS y OMS (2003), OMS (2006), Jiménez (2010), CONAPAM (2013), Abusleme y Caballero (2014), Burnett et al. (2014), Universidad Maimónides (2014) e INAPAM y SEDESOL (s.f.b), esto podría deberse ya que se encontró que otras repercusiones del maltrato en el adulto mayor son la prohibición de frecuentar a su círculo social (amistades), a frecuentar lugares, como el asistir a la casa de día, o alguna institución social.

Conforme a Fernández (s.f.) e INAPAM y SEDESOL (s.f.a) mis resultados son parecidos ya que otra forma de repercusión social generado por el familiar son la negligencia, donde se les olvidan darles de comer esto suele ser una, dos o tres veces a la semana y el abandono donde no le prestan atención, no ven las necesidades que presentan.

De acuerdo a la OPS y OMS (2003), OMS (2006), Jiménez (2010), CONAPAM (2013), Abusleme y Caballero (2014), Universidad Maimónides (2014), Fernández (s.f.) e INAPAM y SEDESOL (s.f.a; s.f.b), coincido con ellos en que las repercusiones del adulto mayor son las calumnias o difamación, sobrerresponsabilidad (que sea responsable de todas las labores domésticas, económicas, etc.), desconfianza familiar, falta de armonía.

Los resultados son similares a los obtenidos por Iborra (2008), Universidad Maimónides (2015), OMS (2016b), OMS (2017a) y Fernández (s.f.) esta semejanza podría deberse a las repercusiones físicas que identificaron los autores son semejantes a los de la presente investigación que fueron las lesiones, golpes y empujones.

Los resultados obtenidos son similares a los de la OPS y OMS (2003), OMS (2006), Jiménez (2010), CONAPAM (2013), Abusleme y Caballero (2014), Burnett et al. (2014), Universidad Maimónides (2014) e INAPAM y SEDESOL (s.f.b), esto podría deberse ya que se encontró que otras repercusiones del maltrato hacia el adulto mayor son críticas o humillaciones, gritos e intimidaciones o amenazas verbales por parte de un familiar.

De acuerdo a la OPS y OMS (2003), OMS (2006), Iborra (2008), CONAPAM (2013), Senado de la república (2013), Abusleme y Caballero (2014), Burnett et al. (2014), Fernández (s.f.) e INAPAM y SEDESOL (s.f.a) coincido con ellos, de que las repercusiones en las necesidades básicas son el carecimiento del amor familiar (caricias, abrazos, palabras alentadoras), el alimento, vivienda y sustento económico.

Los resultado obtenidos son similares a los de la OPS y OMS (2003), OMS (2006), Iborra (2008), Rueda, et al. (2008), Jiménez (2010), CONAPAM (2013), Abusleme y Caballero (2014), Burnett et al. (2014), Universidad Maimónides (2015), SEDESOL (2016), OMS (2016b), OMS (2017a), Caritas bienestar del adulto mayor I.A.P. (s.f.), Fernández (s.f.) e INAPAM y SEDESOL (s.f.a; s.f.b), esto podría deberse ya que se encontró que las repercusiones psicológicas del maltrato hacia el adulto mayor son la baja autoestima, la alteración del estado de ánimo, confusión y otras (sentimientos son la tristeza, depresión, ideas suicidas y sentimientos de culpa).

Los resultados son similares a los obtenidos por OPS y OMS (2003), OMS (2006), Iborra (2008), Rueda et al. (2008), Jiménez (2010), CONAPAM (2013), Abusleme y

Caballero (2014), Burnett et al. (2014), Universidad Maimónides (2015), SEDESOL (2016), OMS (2016b), OMS (2017a), Caritas bienestar del adulto mayor I.A.P. (s.f.), Fernández (s.f.) e INAPAM y SEDESOL (s.f.a; s.f.b) esta semejanza podría deberse a las repercusiones de percepción que identificaron los autores son semejantes a los de la presente investigación que fueron el sentirse solo, temor, desvalorado(a), aislado(a), inútil o impotentes, desesperanzado(a), amenazado(a), angustiado(a), insatisfecho con la vida, inquietud, ansioso(a), que no tiene privacidad e insomnio De acuerdo a la OPS y OMS (2003), Iborra (2008), Rueda et al. (2008), Jiménez (2010), CONAPAM (2013), Abusleme y Caballero (2014), SEDESOL (2016), Caritas bienestar del adulto mayor I.A.P. (s.f.), Fernández (s.f.) e INAPAM y SEDESOL (s.f.a; s.f.b) coincido con ellos, de que una de las repercusiones son los sentimientos de tristeza y llanto.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

Finalmente, en este capítulo se presentan las conclusiones que se obtuvieron entorno a la presente investigación.

a) Marco Teórico

Conforme al marco teórico se puede decir que el maltrato hacia el adulto mayor si fue posible elaborarlo con información y aportaciones de acuerdo a las áreas de conocimiento en las que la Licenciatura en Educación para la Salud se apoyó que fueron de salud, sociales y educación, relevante sobre esta problemática social que es el maltrato hacia el adulto mayor ya que anteriormente se realizaron estudios del maltrato, además se pudo identificar que actualmente no se había evaluado el contexto en el que interactúa el maltrato, el papel que desempeña la familia referente a este problema, así como los determinantes y las repercusiones sociales del mismo. A su vez como se percibió este problema, es generado principalmente por la familia con la que vive el adulto mayor, ya que no cuentan con un proceso de envejecimiento activo, dejando como inquietud el que el adulto mayor sea maltratado por el estereotipo asignado como puede ser afectado por la familia, la sociedad, las instituciones, etc.

Así mismo fue importante y de primera instancia conocer todo relevante al maltrato hacia el adulto mayor profundizando más en esta investigación y el evaluar el contexto actual y el papel que juega el adulto mayor en la familia.

b) Metodología

Acerca de la metodología utilizada en esta investigación se describió el contexto actual sobre el maltrato hacia el adulto mayor del Municipio de Chimalhuacán; así mismo esta investigación fue descriptiva de forma que se conocieran los determinantes sociales y sus repercusiones. Lo cual se pudo determinar que la

percepción que se tiene del adulto mayor no es adecuada por considerarse como una persona que no siente además de presentar dependencia. Así mismo ayudo a percibir que se puede generar en un futuro programas de prevención, así mismo orientación y educación en los casos que presenten maltrato hacia el adulto mayor.

c) Enriquecimiento al área del conocimiento de la Licenciatura en Educación para la Salud

Sobre la Licenciatura en Educación para la Salud se pudo hacer una evaluación en el que el Educador realizo una investigación produciendo conocimientos actuales para que a través de esta el educador en un futuro tenga los elementos necesarios para crear un programa preventivo, el cual se necesita sea realizado a través de la visión de esta disciplina, dado que considera un biopsicosocial sobre el maltrato hacia el adulto mayor, por la falta de existencia de instrumentos validados y confiables para identificar y abordar el maltrato por lo cual se realizó uno desde la perspectiva de la Educación para la Salud. Así mismo, dado que la Educación para la salud no solo se encarga de transmitir información sino también del educar y diseminar los prejuicios, estereotipo, estigmas, tabúes negativos hacia el envejecimiento, el adulto mayor y la vejez mediante estrategias de comunicación, el fomento del envejecimiento activo y en este caso, la prevención del maltrato.

Por lo cual se buscó el diseñar un programa en apoyo del maltrato hacia el adulto mayor a base de la prevención multidisciplinaria, debido a todo lo expuesto en el marco teórico y la complejidad del maltrato alentó a esta investigación a conocer los determinantes sociales, el papel que desempeña la familia en el maltrato del adulto mayor, las repercusiones. Por ser la familia, la principal generadora de dicho maltrato. En la Educación para la Salud se puede percibir que es un proceso el cual sufra cambios biopsicosociales y espiritual donde se pueda modificar estilos de vida para mantener una mejor calidad de vida.

Es importante que, desde la perspectiva de la Licenciatura en Educación para la Salud, se crean estrategias educativas para disminuir el nivel de maltrato en los adultos mayores, el crear programas, planes o proyectos que se focalicen en la población específica según sus necesidades, con esto previniendo las problemáticas biopsicosociales que sufre el adulto mayor, a consecuencia del maltrato.

Como se conoció en esta investigación, México es un país con un alto índice de maltrato hacia el adulto mayores por su deterioro biopsicosocial, esto es debido a los estereotipos, el rol que la familia le otorga al adulto mayor, la sociedad estigma al adulto mayor, además de que no se cuenta con los suficientes medios o espacios para la salud integral del adulto mayor, así como el interés y el tiempo de la familia hacia el mismo.

Como licenciados en Educación para la Salud, tenemos la capacidad de educar a la población modificando esos hábitos que son dañinos para la salud, empoderando y motivando a los adultos mayores por medio de estrategias educativas.

d) Preguntas de investigación

Al realizar esta investigación se pudo contestar las siguientes preguntas planteadas al inicio de esta investigación.

Referente a la pregunta de *¿Cuáles son los determinantes sociales del maltrato en el adulto mayor?* Se conoció que los principales determinantes del maltrato en el adulto mayor son el sexo (femenino), a partir de los 71 años en adelante (a mayor edad más es el riesgo de sufrir maltrato), estar casados(as) o viudos(as), bajo nivel de estudios (primaria o analfabeta), el hacinamiento, el tener discapacidad (física, auditiva, visual, verbal, cognitiva) y sufrir alguna enfermedad tomando en cuenta que estos determinantes son marcados por el proceso de envejecimiento.

Sobre, *¿Cuál es el papel que desempeña la familia en el maltrato hacia el adulto mayor?* Se conoció que la familia desempeña un papel importante en el maltrato hacia el adulto mayor ya que es la red primaria del adulto mayor donde puede ser un factor de riesgo o protector, principalmente se determinó en esta investigación que es un factor de riesgo ya que existe una disfuncionalidad familiar (no hay distribución de los roles familiares, hay mala comunicación, la percepción del rol del adulto mayor en la familia es errónea está basada en prejuicios, estereotipos, hay ausencia de valores familiares hacia el adulto mayor).

Acerca de, *¿Cuáles son las repercusiones sociales en el adulto mayor?* Se pudo conocer que las repercusiones del maltrato hacia el adulto mayor son físicas (lesiones, golpes, empujones), negligencia (olvidar darles de comer), el abandono, sociales (prohibición de frecuentar amistades, lugares), desconfianza de la familia, sobrerresponsabilidad al adulto mayor, calumnias o difamación, carecimiento de necesidades básicas (amor, alimento, techo o casa, sustento económico), aislamiento y falta de privacidad.

Además, las repercusiones psicológicas en el adulto mayor son: críticas o humillaciones, gritos, intimidaciones o amenazas verbales, falta de armonía, soledad, temor, baja autoestima, alteración en el estado de ánimo, otros (sentimientos de tristeza, depresión, ideas suicidas y sentimientos de culpa), desvalorado(a), desesperado(a), amenazado(a), angustiado(a), insatisfacción con la vida e inquietud, ansioso(a), tomando en cuenta que hay otras repercusiones del maltrato.

De acuerdo a *¿Cuáles son las acciones preventivas que puede hacer el educador para la salud?* Se pudo diseñar la propuesta de un programa de prevención del maltrato hacia el adulto mayor fomentando el envejecimiento activo.

e) Objetivos planteados

En cuanto a los objetivos formulados en esta investigación se procedió a concluir lo siguiente:

Para el cumplimiento del objetivo general de *Diseñar de un programa para la prevención del maltrato dirigido hacia el adulto mayor* se procedió a dar cumplimiento a los específicos.

Para el objetivo de *Conocer los determinantes sociales del maltrato hacia el adulto mayor* se cumplió el presente objetivo ya que se pudo conocer los determinantes sociales en el ámbito personal y familiar del adulto mayor donde se desarrolló el maltrato hacia el adulto mayor.

Para el objetivo de *Identificar el papel que desempeña la familia en el maltrato hacia el adulto mayor* se cumplió ya que se pudo demostrar que la familia desempeña un papel importante tanto como generadora por los acontecimientos estresantes que desempeña como son el que el adulto mayor sufra de dependencia, el que tenga un familiar que ser cuidador, etc. o como protector el que cubra las necesidades que presente el adulto mayor en su proceso de envejecimiento para que sea un proceso estable.

Para el objetivo de *Conocer las repercusiones del maltrato hacia el adulto mayor* se cumplió el presente objetivo de esta investigación ya que identifiqué las repercusiones sociales que genera el maltrato hacia el adulto mayor donde afectan al adulto mayor física, psicológica y socialmente como la soledad, depresión, tristeza, alteración del estado de ánimo, confusión, ansiedad, amenazado, desvalorado, aislamiento, lesiones, entre otros.

Debido al cumplimiento de los objetivos específicos anteriores permite afirmar que el objetivo general de *Diseñar de un programa para la prevención del maltrato dirigido hacia el adulto mayor* se cumplió satisfactoriamente.

f) Hipótesis

De acuerdo a la hipótesis antes formulada de *Al conocer los determinantes sociales, la función familiar y las repercusiones del maltrato hacia el adulto mayor entonces se podrá crear un programa de prevención que fomente el proceso de envejecimiento activo* se acepta.

g) Limitaciones del estudio

Durante esta investigación se encontraron algunas limitaciones de la presente investigación fueron el contar con una muestra muy pequeña, ya que estuvo conformada por 15 adultos mayores. Falta de apoyo del director del instituto para investigar casos complejos de maltrato en el adulto mayor. No se tuvo la posibilidad de contar con el tiempo, los recursos insuficientes, para ampliar la muestra.

h) Propuestas

Para realizar con más eficiencia esta investigación se recomienda:

- ✓ Que sea más amplia la muestra para la implementación del instrumento.
- ✓ El diseño de un programa preventivo “en busca de un mejor envejecimiento”.
- ✓ Fomentar el envejecimiento activo en los adultos mayores.
- ✓ Los educadores promuevan la prevención del maltrato hacia los adultos mayores, por ser multidisciplinarios.

- ✓ Para la implementación del programa es recomendable llevarlos a cabo en espacios de interacción con un ambiente tranquilo.
- ✓ Implementar las 12 sesiones (una por semana), con una duración de 90 minutos cada sesión, contribuirá a generar un cambio mediante el fomento del envejecimiento activo.
- ✓ Debe recomendarse la utilización de materiales como técnicas, películas, videos, juegos (loterías en positivo, el laberinto del saber, la ruleta de ¿Quién debería ser?, el sociodrama “la vieja anticuada” y el recorrido del saber en las que el adulto mayor adquiera sensibilización para tener un envejecimiento activo previendo el maltrato hacia el adulto mayor.
- ✓ Diseñar proyectos y programas para la familia del adulto mayor con el fin de educar y capacitar sobre la prevención del maltrato.
- ✓ Se lleve a cabo la implementación del programa en la casa de día ya que no se implementó por falta de tiempo.
- ✓ Para las reproducciones futuras del programa se debe de considerar el contexto al que será implementado.

REFERENCIAS

- Abusleme, M. T. & Caballero, M. (2014). *Maltrato a las personas mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible*. Santiago: Servicio Nacional de Adulto Mayor.
- Abusleme, T. & Guajardo, G. (2013). *El maltrato hacia las personas mayores en la región Metropolitana*, Chile. Chile: SENAMA-Flacso Chile.
- Acevedo, G. E., Martínez, G. A. & Estario, J. C. (2007). *Manual de salud pública*. Argentina: Brujas.
- Acuña, I., Barrios, Y., Martínez, N., Taborda, E. & Vargas, G. (2015). *Percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de los centros de vida de la Ciudad de Cartagena*. (Universidad de Cartagena). Recuperado el 6 de abril del 2016 de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2642/1/PERCEPCI%C3%93N%20DE%20LA%20FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20DE%20LOS%20CENTROS%20DE%20VIDA%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20CARTAGENA.pdf>
- Adams, Y. (2012). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. Realidad e invisibilidad. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 23(1), 84-90.
- Aguilar, G. R. (2014). *Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013* (Tesis licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado el 11 de junio del 2015 de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3579/1/Aguilar_mg.pdf
- Aguilar, M. J. (2001). *La participación comunitaria en salud: ¿Mito o realidad?. Evaluación de experiencias en atención primaria*. España: Díaz de Santos.
- Álvarez, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
- Álvarez, L. S. (2012). Los estilos de vida en salud: Del individuo al contexto. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30(1), 95-101.
- Andersen, P. A. (1985). Nonverbal Immediacy in Interpersonal Communication. En A. W. Siegman & S. Feldstein (Eds.), *Multichannel Integrations of Nonverbal Behavior* (1-36). N. J.: LEA.
- Ania, J. M. (2006). *Técnico especialista higienista dental del servicio gallego de salud: Volumen 2*. España: MAD.
- Annan, K. (2007). Aspectos conceptuales. Educar a una niñez es educar a toda una familia. En M. Ramos & R. Choque (Eds.), *La educación como determinante social de la salud en el Perú: Cuaderno de promoción de la salud N.22* (11-33). Lima.
- Arguello, H. (4 al 31 de octubre de 2017) *Construcción de la vejez*. Promoción de la salud de las mujeres adultas mayores [Curso en línea]. Instituto Nacional de Geriátría.
- Arguello, M., Garretera, M. & Cervera, A. M. (2007). Negligencia, abuso y maltrato. En Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (Ed.), *Tratado de geriatría para residentes* (133-140). Madrid: International Marketing & Communication, S.A.

- Arriagada, I. (2001). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. *Revista CEPAL* 77, 143-161.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (16 diciembre de 1991). *Principios de las naciones unidas en favor de las personas de edad*. Recuperado el 7 de abril del 2015 de <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2003/1640>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (26 julio a 6 de agosto de 1982). *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento: Asamblea Mundial sobre el envejecimiento*. Viena. Recuperado el 17 de febrero del 2014 de https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento_1982.pdf
- Ávila-Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva salud pública: Determinantes de la Salud. *Acta méd. Costarric*, 51(2), 71-73.
- Baeza, V. Del C. & Poblete, R. C. (2006). *Adulto mayor y maltrato* (Tesis licenciatura, Universidad Academia de Humanismo Cristiano). Recuperado el 5 de septiembre del 2017 de <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/453>
- Barbero, J., Barrio, I. M., Gutiérrez, B., Izal, M., Martínez, A., Moya, B., Pérez, G., Sánchez del Corral, F. & Yuste, A. (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: IMSERSO.
- Bautista-Martínez, S. (2012). *Prevención y detección del maltrato en el adulto mayor* [Power Point]. Recuperado el 23 de noviembre del 2013 de <http://www.innsz.mx/documentos/articulos/MaltratoAdultosMayores.pdf>
- Belando, M. (2006). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. *Comunicación e Ciudadanía*, (4), 77-94.
- Benatar, R. (1993). *Gestión de las residencias de tercera edad*. España: Duesto.
- Bennassar, M. (2012). *Estilos de vida y salud. En estudiantes universitarios: La universidad como entorno promotor de la salud* (Tesis doctoral, Universidad de les Illes Balears). Recuperado el 15 de agosto del 2013 de http://www.academia.edu/6223906/Estilos_de_vida_y_salud_en_estudiantes_universitarios_la_universidad_como_entorno_promotor_de_la_salud._Miguel_Bennassar_Veny
- Berenguer, M. C., Pérez, A., Dávila, M. & Sánchez, I. (2017). Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. *MEDISAN*, 21(1), 61-73.
- Bover, A., Moreno, M. L., Mota, S. & Taltavull, J. M. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio: Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 32(9), 541-551.
- Burnett, J., Achenbaum, W. A. & Murphy, K. P. (2014). Prevention and Early Identification of Elder Abuse. *Clin Geriatr Med*, 30(4), 743-759.
- Buvinic, M., Morrison, A. & Orlando, M. B. (2005). Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe. *Papeles de Población*, 11(43), 167-214.
- Cabral, J. M. (1980). *La tercera Edad*. Buenos Aires: Editorial Troquel.
- Callís-Fernández, S. (2011) Autoimagen de la vejez en el adulto mayor. *Ciencia en su PC*, (2), 30-44.

- Camacho, E., Gámez, H., Flores, V. & Guerrero, G. (2010). *Programa de envejecimiento activo*. México: Instituto de Geriátria.
- Cano, S. M., Garzón, M. O, Segura, Á. M. & Cardona, D. (2015). Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(1), 67-74.
- Canto, H. G. & Castro, E. K. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 257-270.
- Cardoso, O., Mejías, N. M., Macías, J. J. & Amaro, F. (2004). Caracterización del maltrato en el anciano. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 8(1), 33-41.
- Caritas bienestar del adulto mayor I.A.P. (s.f.). *Antología de prevención de la violencia y maltrato en contra de los adultos mayores*. Recuperado el 5 de noviembre del 2017 de http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Antologia_Prevenccion_Violencia_Contra_Adulto_Mayor.pdf
- Carmona, S. E. (2011). *Envejecimiento activo: La clave para vivir más y mejor*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Casas, L. (s.f.). INNATIA: Tips efectivos para mejorar las relaciones familiares [Blog]. Recuperado el 1 de enero del 2018 de Leer más en: <http://crecimiento-personal.innatia.com/c-mejorar-las-relaciones/a-tips-efectivos-para-mejorar-las-relaciones-familiares-9851.html>
- Castillo, D. (2009). Envejecimiento exitoso. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 20(2), 167-174.
- Celdrán, M. (2013). La violencia hacia la mujer mayor: revisión bibliográfica. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 57-64.
- Cevallos, G. E. (2011). *Consecuencias psíquicas del abandono familiar en los ancianos de la institución hogar de vida 1 (Patronato San José)*” (Tesis, Universidad Politécnica Salesiana). Recuperado el 10 de mayo del 2014 de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1975/1/UPS-QT00227.pdf>
- Chein, A. & Pritchard, S. (25 de junio del 2012). *Teorías del envejecimiento* [Power Point]. Recuperado el 4 de diciembre del 2014 de https://www.slideshare.net/miriampritchard/teoras-del-envejecimiento-13444968?from_action=save
- Cifuentes, P. (2005). *Adulto mayor institucionalizado* (Tesis licenciatura, Universidad Academia de Humanismo Cristiano). Recuperado el 25 de noviembre del 2013 de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/176/tesis.pdf?sequence=1>
- Cockerham, W. C. (2007). New directions in health lifestyle research. *Int J Public Health*, 52(6), 327-8.
- Colom, A. J. & Orte, C. (2001). *Gerontología educativa y social: Pedagogía social y personas mayores*. Palma: Universitat de les Illes Balears.
- Comisión de Legislación y Codificación & Congreso Nacional. (13 de octubre de 2006). *Ley del anciano* [Codificación No. 2006-2007]. Recuperado el 4 de marzo del 2014 de https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEWjru_jjx73YAhUDbSYKHaszCoIQFggoMAA&url=http%3A%2F%2F

- www.sri.gob.ec%2FBibliotecaPortlet%2Fdescargar%2F983c461d-17bb-46b0-a934-74b96ceafd17%2FLey%2Bdel%2BAnciano%2B%25281%2529.pdf&usg=AOvVaw3QwDOyk0ceW1Uobc53GBw1
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2012). [Sitio Web] *Derechos de los adultos mayores*. (1ra ed.). México.
- Congreso de la Unión. (25 de abril de 2012). *Ley de los derechos de las personas adultas mayores* [última Reforma publicada DOF]. Recuperado el 4 de marzo del 2014 de https://www.ucoj.mx/content/cms/13/file/federal/LEY_DE_LOS_DERECHOS_DE_PERSONAS_ADULTAS.pdf
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2004). *Propuesta Programa Nacional para la atención integral de la persona adulta mayor abusada y/o Abandonada, desde el enfoque del Envejecimiento Activo*. Costa Rica
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2013). *Por una vida sin maltrato* [Folleto]. Costa Rica. Recuperado el 19 de mayo del 2014 en <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.conapam.go.cr/mantenimiento/FOLLETO%2520VIOLENCIA.pdf>
- Consejo Nacional de Población. (2012). [Sitio Web] *Violencia hacia los adultos mayores*. Recuperado el 4 de diciembre del 2013 de http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Violencia_hacia_los_adultos_mayores
- Contreras, J. & Suarez, A. (2014). *Efectos psicosociales de la desvinculación familiar desde la percepción de los adultos mayores autovalentes en situación de abandono familiar, en el establecimiento de larga estadía del adulto mayor "huerto de paz" de la comuna de alto hospicio* (Tesis licenciatura, Universidad ARTURO PARA del Estado de Chile). Recuperado el 10 de febrero del 2016 de http://www.unap.cl/prontus_unap/site/artic/20140812/asocfile/20140812183858/tesis_terminada_junio_2014_final_cn_pag__pdf.pdf
- Cruz, M. C. & Elizaga, M. C. (12 de enero de 2016). *Adultos mayores y la importancia de la familia* [Blog]. Recuperado el 7 de noviembre del 2016 de <http://familiaadultosmayores.blogspot.mx/>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote equity in health*. Europe.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2010). *Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población – Parte 2*. Europa: Ministro de sanidad y política social.
- De la Cruz, E. & Pino, J. (s.f.). *Estilo de vida relacionado con la salud*. Recuperado el 24 de agosto del 2017 de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>
- De Vincezi, A. & Tudesco, F. (2009). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamericana de Educación*, (49), 1-12.

- Diario Oficial de la Federación. (18 de diciembre de 2009). *Ley General de Salud* [Rúbrica]. Recuperado el 4 de marzo del 2014 de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Diario Oficial de la Federación. (7 de febrero de 1984). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. Recuperado el 4 de marzo del 2014 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Díaz, A., Cardona, L., Castila, Y., García, A. C., Muñoz, E. & Emperatriz, D. (2014). *Percepción de la satisfacción familiar en adultos mayores de los centros de vida de la Ciudad de Cartagena 2013-2014*. (Universidad de Cartagena). Recuperado el 27 de marzo del 2015 de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2649/1/INFORME%20FINAL%20PERCEPCION%20DE%20LA%20SATISFACCION%20FAMILIAR%20DE%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES%20DE%20LOS%20CENTROS%20DE%20VIDA%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20CARTAGENA%20%202013-2014.pdf>
- Díez, Y. (2014) *Por una escuela promotora de salud propuesta de intervención educativa en educación primaria* (Tesis Maestría). Universidad de Valladolid (Facultad de educación de Palencia), Palencia.
- Docampo, L., Barreto, R. & Santana, C. (2009). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 13(6). Recuperado el 18 de septiembre del 2013 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000600010
- Docampo, L., Barreto, R. & Santana, C. (2009). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Archivo Médico de Camagüey*, 13(6).
- Durán, J. C. (2012) *Percepción de los adultos y las adultas mayores sobre su relación con la familia, el contexto social y el Estado. Fundación Comunidad Geriátrica "Jesús de Nazareth", Cuenca, 2012* (Tesis Maestría). Universidad de Cuenca (Facultad de Jurisprudencia), Ecuador.
- Educación no formal. (s.f.). [Sitio Web] *Aspecto social del envejecimiento*. Recuperado el 12 de agosto del 2017 de <https://educacionnoformal.jimdo.com/teorias-del-envejecimiento/>
- Enciclopedia Británica. (2009). *La familia: Concepto, tipos y evolución*. Recuperado el 17 de febrero del 2014 de http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf
- Enciso, A. (27 de septiembre de 2010). Padecen maltrato gran parte de los ancianos en México: Inapam. *La jornada*. Recuperado el 4 de diciembre del 2013 de <http://www.jornada.unam.mx/2010/09/27/index.php?section=sociedad&article=043n1soc>
- Espinal, I., Gimeno, A. & González, F. (2000). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*. Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda.

- Félix, C. & Hernández, M. L. (2009). El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos en Medicina Familiar*, 11(4), 147-149.
- Fericgla, J. (2002). *Envejecer: Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Editorial Herder.
- Fernández, M. C. & Herrero, S. (2008). Atención a situaciones de violencia en Atención Primaria. En A. Martín & J. F. Cano (Eds.), *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica* (1131-1164). Barcelona: Elsevier.
- Fernández, M. C. (s.f.) *Malos tratos a los ancianos*. Recuperado el 28 de marzo del 2014 de [http://diariodeunaneurona.pbworks.com/w/file/72018815/maltrato%20ancianos\(1\).pdf](http://diariodeunaneurona.pbworks.com/w/file/72018815/maltrato%20ancianos(1).pdf)
- Fernández, S., Almuiña, M., Alonso, O. & Blanco, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Rev Cubana Hig Epidemiol*, 39(2), 77-81.
- Fernández-Alonso, M. C. & Herrero-Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Aten Primaria.*, 37(1), 56-59.
- Friedemann, M. L. (1995). *The framework of systemic organization a conceptual approach to families and nursing*. California: SAGE Publications.
- García, L. (14 de noviembre de 2013). *Los valores* [Blog]. Recuperado el 28 de agosto del 2017 de <http://lg99453.blogspot.mx/>
- Garzón, N. (2001). Toma de decisiones. En M. Ancízar (Ed.), *Ética y bioética: 1 semestre*. Recuperado el 3 de julio del 2015 de http://www.bdigital.unal.edu.co/783/10/263_-_9_Capi_8.pdf
- Giraldo, L. (2011). *Prevención del maltrato a personas adultas mayores*. En Universidad Iberoamericana, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán, Instituto de Geriátrica, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Eds.), *10 Hábitos efectivos para la salud del adulto mayor Tomo III* (77-90). México.
- Giraldo, L. (2012). El maltrato de las personas de edad. En L. M. Gutiérrez & D. Kershenovich (Eds.), *Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción* (229-243). México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Giraldo, L. (2015a). Estereotipos y discriminación a las personas adultas mayores. En L. M. Gutiérrez & L. F. Giraldo (Eds.), *Realidades y expectativas frente a la nueva vejez: Los mexicanos vistos por sí mismos, los grandes temas nacionales* (53-74). México.
- Giraldo, L. (2015b). Percepción pública del maltrato a las personas adultas mayores. En L. M. Gutiérrez & L. F. Giraldo (Eds.), *Realidades y expectativas frente a la nueva vejez: Los mexicanos vistos por sí mismos, los grandes temas nacionales* (75-95). México.
- Giró, J. (2006). El envejecimiento activo en la sociedad española. En Autor, *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (15-36). España.
- Gobierno Nuevo Chimalhuacán. (2016). *El plan de gobierno para la administración 2016-2018*. Recuperado el 4 de diciembre del 2013 de <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ca>

d=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi0sp7vtTZAhWwTN8KHfdxBLUQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ipomex.org.mx%2Fipo%2Farchivos%2FdownloadAttach%2F704699.web%3Bjsessionid%3DA855795236C6D5EF8363B9EFF03F7195&usg=AOvVaw2Hvr4a-oqjUJZSKbtQ56Ct

- Gómez, F. (2013). El maltrato a las personas mayores. *Revista de RIICOTEC y el IMSERSO: Enlace red*, (23), 26-31.
- Gómez, M. A. (2005) *Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años* (Tesis doctoral). Universidad de Granada [Facultad de Psicología], Granada.
- González, C. (2012). Los determinantes: Los cambio demograficos. En L. M. Gutiérrez & D. Kershenovich (Eds.), *Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción* (81-93). México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- González, J. (2010). Teorías de envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 11(1-2), 42-66.
- González, M. (2014). [Sitio Web] *Derechos al adulto mayor en Guatemala: Hagamos lo posible para que el adulto mayor sea respetado*. Recuperado el 15 de mayo del 2014 de <https://derechosaladultomayorenguatemala.webnode.es/adulto-mayor/>
- Guzmán, J. M. & Sosa, Z. (2002). *Los adultos mayores en américa latina y el caribe datos e indicadores* [Boletín informativo Edición de la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas, Madrid 2002]. Santiago de Chile. Recuperado el 13 de febrero del 2014 de http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.PDF
- Helsinki. (1989). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial*. Recuperado el 8 de septiembre del 2013.
- Herrera, P. M. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 13(6), 591-595.
- Hidalgo, C. G. & Carrasco, G. (1999a). *Modelo de atención de salud familiar: Evaluación y mejoramiento de la calidad del programa "Familias en riesgo biopsicosocial" en un consultorio de atención familiar*. Chile: Universidad Católica.
- Hidalgo, C. G. & Carrasco, G. (1999b). *Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria*. Chile: Universidad Católica.
- Iborra, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España. Elder Abuse in the Family in Spain*. Recuperado el 5 de mayo del 2014 http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Ficheros_Maltrato_personas_mayores.pdf
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología & Organización Mundial de la Salud. (2007). Parte 1. Marco conceptual. En A. Martín & J. F. Cano (Eds.), *Malos tratos a personas mayores* (13-28). Madrid.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (01 de junio de 2017). *15 de Junio, Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez* [Blog]. Recuperado el 28 de agosto del 2017 de

- <https://www.gob.mx/issste/articulos/dia-mundial-de-toma-de-conciencia-del-abuso-y-maltrato-en-la-vejez-38286?idiom=es>
- Instituto Interamericano del Niño. (s.f.). [Sitio Web] *Concepto de familia, la familia: un sistema*. Recuperado el 4 de diciembre del 2013 de http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF
- Instituto Nacional de Geriátrica. (2015). [Sitio Web] *Envejecimiento*. Recuperado el 13 de febrero del 2016 de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu5/envejecimiento.html>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores & Secretaria de Desarrollo Social. (s.f.a). *Prevención del maltrato hacia las personas adultas mayores*. Recuperado el 23 de agosto del 2017 de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/122517/Maltrato_cuadernillo.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores & Secretaria de Desarrollo Social. (s.f.b). *Prevención del maltrato hacia las personas adultas mayores*. Recuperado el 19 de mayo del 2014 en http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Prevencion_maltrato_hacia_PAM.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2010). [Sitio Web] *Por una cultura del envejecimiento*. México. Recuperado el 2 de diciembre del 2013 de http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (24 de septiembre de 2012). [Sitio Web] *Inapam promueve estrategias para prevenir el maltrato hacia las personas adultas mayores*. Recuperado el 25 de agosto del 2017 de <https://www.gob.mx/inapam/prensa/inapam-promueve-estrategias-para-prevenir-el-maltrato-hacia-las-personas-adultas-mayores>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *El ABC de los determinantes sociales de la salud* [Infográfico]. Recuperado el 2 de diciembre del 2013 en http://tie.inspvirtual.mx/portales/sdhnnet/recursos/SPA_infografico.pdf
- Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal. (2015). [Sitio Web] *¿Quién es el Adulto Mayor?*. Recuperado el 02 de diciembre del 2013 de http://www11.df.gob.mx/virtual/joomla_adultomayor/index.php/quien-es-el-adulto-mayor
- Jiménez, Y. (mayo 2010). *Incidencia del maltrato en el adulto mayor* [Blog]. Recuperado el 25 de agosto del 2017 de http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/2010/06/incidencia_del_maltrato_en_el.html
- Justicia de Aragón. (2004). *Informe especial sobre calidad de vida de las personas mayores. Un supuesto especial, el maltrato* (No. 40) [Boletín Oficial de las Cortes de Aragón]. Zaragoza. Recuperado el 15 de agosto del 2015 de [http://bases.cortesaragon.es/bases/original.nsf/\(BOCA1\)/F57783EDC20DA6E9C1256E31002909EF/\\$File/BocaVI_040.pdf](http://bases.cortesaragon.es/bases/original.nsf/(BOCA1)/F57783EDC20DA6E9C1256E31002909EF/$File/BocaVI_040.pdf)
- Kalish, R. (1996). *La vejez: Perspectivas sobre el desarrollo humano Programa de envejecimiento activo*. Madrid: Pirámide.

- Kessel, H., Marín, N. & Maturana, N. (1996). Primera Conferencia Nacional d Consenso sobre el Anciano Maltratado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, (31), 367-372.
- Kessel, H., Marín, N., Maturana, N., Castañeda, L., Pageo, M. & Larión, J. (1996). Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 31(3), 67-72.
- Kickbusch, I. (1986). Life-styles and health. *Soc Sci & Med*, 22(2), 117-24.
- La Unión Europea y el envejecimiento activo. (2012). [Sitio Web] *Qué es el envejecimiento activo*. Recuperado el 12 de agosto del 2017 de <http://www.envejecimientoactivo2012.net/Menu29.aspx>
- L'Abbate, S. (2000). Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud: Educación para la Salud. *Promotion & Education: International Journal of Health Promotion and Education*, VII(4),8-12.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología: El arte de envejecer*. Barcelona: HERDER.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Canadá.
- Lathrop, F. (2009). Protección jurídica de los adultos mayores en Chile. *Revista chilena de derecho*, 36(1), 77-113.
- Letelier, A. (2005). Maltrato en la Vejez. *Revista de Psicología*, XIV(1), 99-112.
- Leturia, F. J. & Etxaniz, N. (2008). *Los derechos de las personas mayores y la prevención del mal trato*. Vitoria-Gasteiz: El Ararteko.
- Limón, M. R. (2009). Necesidades e intervenciones en promoción y educación para la salud. En R. Perea (Ed.), *Promoción y educación para la salud: Tendencias innovadoras* (63-105). España: Díaz de Santos.
- Lip, C. & Rocabado, F. (2005). Determinantes sociales de la salud en Perú [Cuadernos de Promoción de la Salud N. 17]. Lima. Recuperado el 12 de agosto del 2014 en http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_determinantes_sociales_salud.pdf
- Lippman, L. & Bradford, W. (2013). Resumen ejecutivo. En G. Huarcaya, *Los cambios en la familia y su impacto en el bienestar de la niñez* (3-5). Universidad de Piura, Instituto de Ciencias para la Familia.
- López, O., Escudero, J. C. & Carmona, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud: Una perspectiva desde el taller Latinoamericano de determinantes sociales de la salud, ALAMES. *Medicina social*, 3(4), 323-335.
- Louro, I. (2002). *Manual para la intervención en la salud familiar*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*, 29(1), 48-51.
- Mabel, M. (27 de diciembre de 2015). Pensando en nuestros abuelos. *El diario de misiones primera edición*. Recuperado el 11 de agosto del 2017 de <http://www.primeraedicion.com.ar/nota/210852/pensando-en-nuestros-abuelos%26hellip%3B.html>

- Marco, C. (Octubre de 2009). *Relaciones intergeneracionales y su influencia en el envejecimiento activo*. 2ª ponencia del IX Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. "El Arte de Envejecer", Sevilla.
- Martínez, M. (2012) *Las prácticas significantes de los viejos y su relación con el programa de envejecimiento activo en el Valle del Mezquital, Hidalgo* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Xochimilco), México.
- Martínez, M. L. & Mendoza, V. (2009). El viejismo en la enseñanza de la Gerontología y sus repercusiones en las prácticas significantes de los docentes y alumnos. En M. G. Olivo & M. Piña (Eds.), *Envejecimiento y cultura en América Latina y el Caribe* (79-91). Chile.
- Martínez, M. L. & Mendoza, V. M. (Eds.). (2015). *Promoción de la salud de la mujer adulta mayor*. México.
- Martins, R., João, M., Andrade, A. & Albuquerque, C. (2014). Abuse and maltreatment in the elderly. *Aten Primaria*, 46(5), 206-209.
- Méndez, S. (14 de diciembre de 2016a). *INNATIA: Tipos de familia: Clases de familia* [Blog]. Recuperado el 28 de noviembre del 2016 de <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-tipos-de-familia.html>
- Méndez, S. (18 de noviembre de 2016b). *INNATIA: Roles de la familia: Funciones de la familia* [Blog]. Recuperado el 5 de diciembre del 2016 de <http://colaboradores.innatia.com/articulos-autor-smerrico.html>
- Méndez, S. (31 de marzo de 2016c). *INNATIA: Definición de familia: ¿Qué es la familia en la actualidad?* [Blog]. Recuperado el 28 de noviembre del 2016 de <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-definicion-de-familia.html>
- Mendoza, M. (2010). *Comunicación familiar* [Blog]. Recuperado el 14 de noviembre del 2013 de <http://dramendozaburgos.com/blog/comunicacion-familiar/>
- Mendoza, M. (2012). *Roles familiares* [Blog]. Recuperado el 11 de noviembre del 2013 de <http://dramendozaburgos.com/blog/roles-familiares/>
- Mendoza, V. M. & Martínez, M. L. (2012). Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. En L. M. Gutiérrez & D. Kershenobich (Eds.), *Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción* (261-277). México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Mendoza, V. M., Martínez, M. L. & Correa, E. (2009). Desarrollo del envejecimiento activo en México: La experiencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, campus Zaragoza. En M. G. Olivo & M. Piña (Eds.), *Envejecimiento y cultura en América Latina y el Caribe* (67-77). Chile.
- Merchán, E. & Cifuentes, R. (s.f.). *Teorías psicosociales del envejecimiento*. Recuperado el 16 de agosto del 2017 de <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- Mingorance, D. (2014). *El miedo a la vejez*. Recuperado el 17 de septiembre del 2015 de <http://vocesenelfenix.com/content/el-miedo-la-vejez>
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (2010). *Autocuidado de la salud para personas adultas mayores de zona rural* [Manual para profesionales, técnicos y promotores de la salud]. Recuperado el 28 de agosto del 2017 de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MIMDES-Autocuidado-Adultas-Mayores.pdf>

- Ministerio de Salud. (2014). *Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores MINSAL 2014* [Borrador]. México.
- Ministerio de Salud. (2015). *Determinantes sociales en salud*. Recuperado el 15 de septiembre del 2016 en <http://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales & Secretaría General de Política Social y Consumo. (2011). *Envejecimiento Activo: Libro blanco*. Recuperado el 18 de octubre del 2013 de http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
- Mishara, B. L. & Riedel, R. G. (2002a). Aspecto social del envejecimiento. En Autor. *El proceso de envejecimiento*. España: Morata.
- Mishara, B. L. & Riedel, R. G. (2002b). Proceso del envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. En Autor. *El proceso de envejecimiento*. España: Morata.
- Moiso, A. (2007). Determinantes de la salud. En H. Barragán, A. Moiso, M. A. Mestorino, & O. A. Ojeda (Eds.), *Fundamentos de salud pública* (161-189). La Plata: La Universidad Nacional de la Plata edición.
- Molina, D. (2015). *Orígenes infantiles del vejeísmo* (Universidad de Granada, Facultad de Ciencias de la Educación). Recuperado el 18 de septiembre del 2015 de http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/40994/1/Molina_Roman_Daniel.pdf
- Montes de Oca, V. & Macedo, L. (2012). Las redes sociales como determinantes de la salud. En L. M. Gutiérrez & D. Kershenobich (Eds.), *Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción* (163-177). México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Montes de Oca, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, (62), 159-181.
- Moragas, R. (1998). *Gerontología social: Envejecimiento y calidad de vida (Spanish Edition)*. Herder.
- Morales, M. & Bravo, I. (2006). Atención a situaciones de violencia en Atención Primaria. En J. Giró (Ed.), *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (133-154). España.
- Morales, M. (1999). La vejez en los países desarrollados. *Gerontología y geriatría con enfoque de riesgo*, 2(4), 12-16.
- Moreno, A. (2010). Viejismo (Ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: Estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, (19), 1-10.
- Morera, B. (2008). Perfil psicológico del maltratador. En J. L. De la Cuesta (Ed.), *El maltrato de personas mayores: Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar* (89-100). Donostia-San Sebastián.
- Morón, D. (24 de noviembre de 2010). *Temas familiares: La familia y sus objetivos* [Blog]. Recuperado el 10 de diciembre del 2013 de <https://www.gob.mx/issste/articulos/dia-mundial-de-toma-de-conciencia-del-abuso-y-maltrato-en-la-vejez-38286?idiom=es>

- Musitu, G. (2000). Las redes de apoyo social en la persona mayor. En M. E. Medina & M. J. Ruiz (Eds.), *Políticas sociales para las personas mayores en el próximo siglo: (actas del congreso, Murcia, 10-12 de noviembre de 1999)* (61-86). Universidad de Murcia.
- Naciones Unidas. (2015). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado el 3 de diciembre del 2013 de http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- Naciones Unidas. (8 a 12 de abril de 2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Madrid*. New York. Recuperado el 3 de marzo del 2014 de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Nawas, M. (1971). El estilo de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 3(1), 91-107.
- Observatorio de equidad en salud del hospital de Usaquén. (s.f.). *Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado el 4 de diciembre del 2013 en <https://observatorioequidadusaquen.jimdo.com/determinantes-sociales-en-salud-1/>
- Olivo, M. G. (2009). Tiempo libre y esparcimiento familiar. Un espacio para la integración social de las personas mayores. En M. G. Olivo & M. Piña (Eds.), *Envejecimiento y cultura en América Latina y el Caribe* (123-139). Chile.
- OM-C. (2014). [Sitio Web] *Un estilo de vida saludable*. Recuperado el 14 de abril del 2014 de <http://www.omcsalud.com/contenido/articulos/un-estilo-de-vida-saludable.html>
- Organización Médica Colegial. (2015). [Sitio Web] *El envejecimiento satisfactorio: Un enfoque optimista del envejecimiento*. Recuperado el 10 de marzo del 2016 de <http://residenciasigloxxi.com/el-envejecimiento-satisfactorio/>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). [Sitio Web] *Campaña de la OMS por un envejecimiento activo*. Recuperado el 20 de agosto del 2017 de http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2003). [Sitio Web] *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores*. Ginebra. Recuperado el 15 de marzo del 2013 de http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2006). [Sitio Web] *Maltrato de ancianos y alcohol*. Recuperado el 2 de diciembre del 2013 de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_elder_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2008). [Sitio Web] Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado el 4 de diciembre del 2013 en http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2013). [Sitio Web] *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado el 2 de diciembre del 2013 en http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2015a). [Sitio Web] *Envejecimiento y salud*. Recuperado el 21 de agosto del 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015b). [Sitio Web] *Envejecimiento y salud*. Recuperado el 21 de agosto del 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016a). [Sitio Web] *Envejecimiento y ciclo de vida: Datos interesantes acerca del envejecimiento*. Recuperado el 2 de enero del 2017 de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016b). [Sitio Web] *Maltrato de las personas mayores*. Recuperado el 2 de enero del 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017a). [Sitio Web] *Aumenta el maltrato a las personas de edad: según la OMS, afecta a uno de cada seis ancianos*. Recuperado el 20 de agosto del 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/abuse-older-people/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017b). [Sitio Web] *Violencia*. Recuperado el 21 de agosto del 2017 de <http://www.who.int/topics/violence/es/>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (No. 588). Washington, DC. Recuperado el 3 de diciembre del 2013 de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (1996). [Sitio Web] *Promoción de la salud: Una antología* (Publicación científica No. 557). (3-5) Washington, DC.
- Orozco, A., Lauterio, A. & Torres, M. P. (2012). Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores. En L. M. Gutiérrez & D. Kershenovich (Eds.), *Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción* (279-285). México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Ortiz, D. (2000). *Aspectos psicológicos del envejecimiento*. México: Academia Nacional de Medicina.
- Ortiz, D. (2006). Aspectos sociales del envejecimiento. *Revista del Departamento del Salud Pública*. Facultad de Medicina. UNAM. 2, 71-82.
- Osorio, G. (2007). *Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del DIF Hidalgo* (Tesis licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo). Recuperado el 5 de diciembre del 2013 de <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/230/Abandono%20del%20adulto%20mayor%20en%20la%20casa.pdf;jsessionid=5A934B1BB01CD3C1995C79D158352096?sequence=1>
- Pacheco, P. (2009). [Sitio Web] *Relaciones familiares*. Recuperado el 12 de octubre del 2013 de <http://www.oocities.org/~jguymuse/relafami.html>
- Padilla, D. (2005). [Sitio Web] *Sociedad y adulto mayor: Condiciones actuales de desarrollo*. Recuperado el 9 de septiembre del 2013 de

<http://www.sepiensa.net/edicion/index.php?option=content&task=view&id=590&Itemid=40>

- Peña, L. (2016). [Sitio Web] *Los Valores en la familiares*. Recuperado el 14 de octubre del 2013 de <https://sites.google.com/site/informaticaens2012/los-valores-en-la-familia>
- Perea, R. (2004). *Educación para la salud: Reto de nuestro tiempo*. España: Díaz de Santos.
- Pereira, V. L. (2000). Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud: Precisiones, interfaces e intersecciones *Promotion & Education: International Journal of Health Promotion and Education*, VII(4),8-12.
- Pérez, B. (2003). Características de las familias con adolescentes gestantes. *REVISTA AQUICHAN*, (3), 21-31.
- Pérez, D. (2016). *Aspectos sociales del envejecimiento* [Power Point]. Recuperado el 2 de septiembre del 2017 de <https://es.scribd.com/presentation/309117110/Aspectos-Sociales-Del-Envejecimiento-2016>
- Pérez, G. & Chulián, A. (2013). Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Sociedad y utopía: Revista de Ciencias Sociales*, (41), 127-167.
- Pérez, R. (1989). *El papel de la psiquis en la determinación de la salud*. España.
- Pérez, R. (31 de agosto de 2016). En pobreza y abandono, ocho de cada diez adultos mayores en México. *Formato siete*. Recuperado el 8 de diciembre del 2016 de <http://formato7.com/2016/08/31/pobreza-abandono-ocho-diez-adultos-mayores-mexico/>
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I. & Nuevo, R. (2008). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 105-117.
- Pindado, L. M. (2007). La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Las personas mayores. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (70), 71-79.
- Piña, M. E. (2002). *Gerontología social aplicada: Una propuesta de planificación estratégica para el trabajo social*. Recuperado el 25 de diciembre del 2013 de http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Gerontologia_Social_Aplicada.pdf
- Poder Ejecutivo del Estado. (6 de agosto de 2008). *Ley del adulto mayor del Estado de México*. Recuperado el 4 de diciembre del 2013 de <http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/gct/2008/ago064.pdf>
- Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (diciembre, 2006). *Ley 39/2006* de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, No. 299.
- Protocolo de actuación contra el maltrato a los adultos mayores. (2007). [Protocolo]. Girona. Recuperado el 14 de noviembre del 2014 de http://www.infogerontologia.com/documents/maltrato/protocolo_maltrato.pdf
- Quintanar, A. (2010). *Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: A través del instrumento WHOQOL-BREF*,

- (Tesina). Actopan, Hidalgo. Recuperado el 8 de diciembre del 2013 de https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf
- Quiroz, M. (2001). La matriz familiar en la era de la "mundialización". *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, VII(1), 73-94.
- Ramírez, J. C. (2010). [Sitio Web] *Los Valores familiares*. Recuperado el 14 de octubre del 2013 de <https://es.slideshare.net/juguira/los-valores-familiares-entre-los-miembros-de-una-familia-se-establecen-relaciones-personales-que-entraan-afinidad-de-sentimientos>
- Real Academia Española. (2001a). [Sitio Web] *Maltratar*. Recuperado el 2 de mayo del 2014 de <http://dle.rae.es/?id=O4sdJrw>
- Real Academia Española. (2001b). [Sitio Web] *Maltrato*. Recuperado el 2 de mayo del 2014 de <http://dle.rae.es/?id=O4ul5jP>
- Real Academia Española. (2001c). [Sitio Web] *Percepción*. Recuperado el 24 de mayo del 2014 de <http://dle.rae.es/?id=SX9HJy3>
- Real Academia Española. (2001d). [Sitio Web] *Percibir*. Recuperado el 24 de mayo del 2014 de <http://dle.rae.es/?id=SXXZjnf>
- Real Academia Española. (2001e). [Sitio Web] *Repercusión*. Recuperado el día 19 de mayo del 2014 en <http://lema.rae.es/drae/?val=repercusion>
- Real Academia Española. (2001f). [Sitio Web] *Repercutir*. Recuperado el 19 de mayo del 2014 en <http://dle.rae.es/?id=W1aBTQc>
- Revilla, L., Argón, A., Muñoz, M., Angel, M., Pascual, J. & Cubillo, J. (1991). Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria de salud. *Atención primaria*, 8(2), 104-111.
- Risolidaria. (s.f.). Adulto mayor: Mas años a la vida: Mas vida a esos años. *Gerontología social aplicada: Una propuesta de planificación estratégica para el trabajo social*. Recuperado el 27 de octubre del 2016 de <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/135/adulto-mayor.pdf>
- Robertexto. (s.f.). [Sitio Web] *Aspecto social del envejecimiento*. Recuperado el 12 de agosto del 2017 de http://www.robertexto.com/archivo/asp_soc_envejec.htm
- Rodríguez, A. F., Valderrama, L. J. & Molina, J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258.
- Rodríguez, L. F. (2007). La viabilidad de la estrategia de municipios saludables. En Autor, *Reforma en el sector salud como contexto político-social* (54-69). Bogotá: Universidad del Rosario.
- Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.
- Rodríguez, M., La Rosa, M. & Reyes, M. (2006). Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. *Rev Cubana Enfermer*, 22(1). Recuperado el 8 de octubre del 2013 de http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_1_06/enf04106.htm
- Rodríguez, R. (15 de junio de 2016). Casi dos millones de adultos mayores sufren abusos. *El universal*. Recuperado el 12 de diciembre del 2016 de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/06/15/casi-dos-millones-de-adultos-mayores-sufre-abusos>

- Romero, A. (2015). *Valores de las familias mexicanas*. Recuperado el 25 de abril del 2016 de http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/1/2015-09-10-1/assets/documentos/PA_PRD_valores_de_las_familias_mexicanas.pdf
- Romero, J. T. (2005). Discriminación y adultos mayores: Un problema mayor. *El Cotidiano*, 21(134), 56-63.
- Ropero, M. (2013). Cómo construir relaciones familiares sana. *Panorama Cultural*. Recuperado el 22 de octubre del 2013 de http://panoramacultural.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=1366:como-construir-relaciones-familiares-sanas&catid=9:bienestar
- Rosales, C. R. & Espinosa, M. R. (2008). La percepción del clima familiar en adolescentes miembros de diferentes tipos de familias, 10(1 y 2), 64-71. Recuperado el 9 de febrero del 2012 de <http://tuxchi.iztacala.unam.mx/ojs/index.php/pycs/article/viewFile/17/15>
- Rueda, D., De la Red, N., Vega, C., Nieto, M., Niño, V. & Arquiga, R. (2008) *El maltrato a las personas mayores: Bases teóricas para su estudio*. Salamanca.
- Sáenz, M. R. (2015) *Equidad y determinantes sociales de la salud: Reflexión desde América Latina*. Madrid: EUROsocial.
- Sáez, N., Aleixandre, M., De Vicente, P., Meléndez, J. C. & Villanueva, I. (1993). Cambio y socialización en la tercera edad. *Investigaciones Psicológicas*, 12, 129-152.
- Saiz, J. R. (2011). *Impacto de un programa de fisioterapia sobre la movilidad, el equilibrio y la calidad de vida de las personas mayores* (Tesis doctoral, Universidad de Valladolid). Recuperado el 15 de octubre del 2013 de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/1027/1/TESIS187-120702.pdf>
- Salleras, L. (1985). Educación sanitaria. En Autor, *La salud y sus determinantes* (11-28). Madrid: Díaz de Santos.
- Salvarezza, L. (1994). Vejez, medicina y prejuicios. *Área 3*, (1), 7-17.
- Salvarezza, L. (1998). *Psicogeriatría: Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, D. & EGEA-JIMÉNEZ, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de Población*, 17(69), 151-185.
- Satir, V. (2005). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar* (3ª Ed.). México: Pax México.
- Savio, I., Lozano, F. & Panza, R. (2014). Guía clínica para la prevención, diagnóstico y abordaje integral de la violencia sobre los adultos mayores [Guía]. Recuperado el 28 de septiembre del 2017 de http://www.geriatria.hc.edu.uy/images/Guia_Maltrato_Adultos_Adultos_ASSE.pdf
- Secretaría de Desarrollo Social. (15 de junio de 2016). *15 de Junio, Día mundial de toma de conciencia del abuso y maltrato a la vejez* [Blog]. Recuperado el 22 de agosto del 2017 de <https://www.gob.mx/sedesol/articulos/dia-mundial-de-toma-de-conciencia-del-abuso-y-maltrato-a-la-vejez>
- Secretaría de Salud (01 de septiembre de 2011). *Ley General de Salud: Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984*.

- Última reforma publicada. México. Recuperado el 11 de septiembre del 2013 de <http://www.cofepris.gob.mx/MJ/Documents/Leyes/lgs.pdf>
- Secretaría de Salud. (1998). *Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores* [Norma]. Recuperado el 5 de marzo del 2014 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>
- Secretaría de Salud. (1999). *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar* [Norma]. Recuperado el 5 de marzo del 2014 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html>
- Secretaría de Salud. (2011). *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad* [Norma]. Recuperado el 5 de marzo del 2014 de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/35896/NOM-031-SSA3-2012.pdf>
- Secretaría de Salud. (2014). *Programa de acción específico: Promoción de la salud y determinantes sociales 2013-2018* [Programa sectorial de salud]. México.
- Senado de la república. (10 de julio de 2013). [Sitio Web] *Sesión Plenaria-Gaceta del Senado*. Recuperado el 22 de agosto del 2017 de http://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/62/1/2013-07-10-1/assets/documentos/PA_adultos_mayores_3ra_edad.pdf
- Sepúlveda, C., Rivas, E., Bustos, L. & Illesca, M. (2010). Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados: Temuco, padre las casas y nueva Imperial. *Ciencia y Enfermería*, XVIII(3), 49-61.
- Sepúlveda-Carrillo, G. J., Arias-Portela, J. Y., Cuervo-Rojas, A. M., Gutiérrez-Gómez, S. T., Olivos-Álvarez, S. A., Rincón-Hernández, M. A., Tenjo-Bello, J. V. & Valbuena-Martínez, A. P. (2009). El maltrato a los ancianos en el domicilio: Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Rev. Col. Enf.*, IV(4).
- Serrano, J. A. (2013). *El papel de la familia en el envejecimiento activo*. Madrid: Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2012). *Cómo prevenir y enfrentar el maltrato al adulto mayor* [Cartilla de prevención y atención]. Recuperado el 15 de octubre del 2013 de <http://www.senama.cl/filesapp/Cartilla%20SENAMA.pdf>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2012b). *Guía de prevención del maltrato a las personas mayores*. [Guía de prevención]. Recuperado el 17 de octubre del 2013 de <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/04/Gu%C3%ADa-prevenci%C3%B3n-Maltrato-SENAMA.pdf>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2013). *Maltrato contra las personas mayores: Una mirada desde la realidad Chilena*. [Cuadernillo temático No. 3]. Recuperado el 17 de octubre del 2013 de <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/04/Gu%C3%ADa-prevenci%C3%B3n-Maltrato-SENAMA.pdf>
- Sirlin, C. (2008). *Violencia, maltrato y abuso en la vejez: Una realidad oculta, una cuestión de derechos*. [Comentarios de Seguridad Social 20] Recuperado el

- 25 de mayo del 2016 de http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/1623/1/violencia_maltrato_y_abuso_en_la_vejez._una_realidad_oculta_una_cuestion_de_derechos._c._sirlin.pdf
- Sistema Nacional de Salud & Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2013). *Guía de práctica clínica: Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). (1948). [Sitio Web] Madrid. Recuperado el 15 de agosto del 2017 de <https://www.segg.es/segg.asp>
- Strejilevich, L. (2004). *Gerontología social*. Buenos Aires: Dunken.
- Tabueña, C. M. (2006). Los malos tratos y vejez: Un enfoque psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 275-292.
- Tamer, N. (1995). El envejecimiento humano: Repercusiones personales y sociales. En Autor, *El envejecimiento humano: Sus derivaciones pedagógicas*. Recuperado el 28 de agosto del 2017 de http://www.educoas.org/Portal/bdigital/contenido/interamer/BkIACD/Interamer/Interamerhtml/Tamerhtml/tam_cp1.htm
- Tirado, R., Aguaded, J. I. & Marín, I. (2009). Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. *Health and Addictions*, 9(2), 165-184.
- Torrejón, L. (2015). *Negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito domiciliario* (Tesis licenciatura, Universidad de La Rioja). Recuperado el 22 de enero del 2016 de https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001117.pdf
- Universidad Autónoma del Estado de México. (2007). *Licenciatura en Educación para la Salud* [Proyecto curricular].
- Universidad Autónoma del Estado de México. (2007). *Licenciatura en Educación para la Salud: Proyecto Curricular*. Hamburgo.
- Universidad La Salle. (2010). *Salud y bienestar emocional: Estilo de vida* [Boletín semanal]. Recuperado el 22 de septiembre del 2017 en https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiateD4N3XAhXhkOAKHbJrDtYQFghTMAY&url=http%3A%2F%2Fdelasalle.ulsal.mx%2Fpreparatoria%2Fdownload%2FFiles%2FPastoral_y_Bienestar%2FBoletines_de_Desarrollo_Humano%2FBoletin_de_Desarrollo_Humano_No_12_Estilo_de_Vida.pdf.aspx%3Fdownload%3Dtrue&usg=AOvVaw21b58TirkPPWNUuOHxeypE
- Universidad Maimónides. (15 de junio de 2014). *Reconocen maltrato a la vejez sin hacerse cargo* [Blog]. Recuperado el 18 de febrero del 2016 de <http://gerontologia.maimonides.edu/2014/06/reconocen-maltrato-a-la-vejez-sin-hacerse-cargo/>
- Universidad Maimónides. (15 de junio de 2015). *Maltrato de las personas mayores* [Blog]. Recuperado el 18 de febrero del 2016 de <http://gerontologia.maimonides.edu/2015/06/maltrato-de-las-personas-mayores/>
- Valadez, I., Villaseñor, M. & Alfaro, N. (2004). Educación para la Salud: La importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, (1), 43-48.

- Valdés, M., Serrano, T., Florenzano, R., Labra, J. F. Canto, C. López, M. & Lara, P. (2003). Factores familiares protectores para conductas de riesgo: vulnerabilidad y resiliencia adolescentes. *Rev. psiquiatr. clín.*, 32(1/2), 49-56.
- Valladares, A. M. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *MediSur*, 6(1), 4-13.
- Varela, L. E., Ocampo, D. C., Ramírez, M. C., Restrepo, S. L., López, M. V. & Cañaveral, M. I. (2006). Perfil de algunas condiciones psicosociales de un grupo de adultos mayores. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 24(2), 51-60.
- Vargas, I. (s.f.). *Familia y ciclo vital familiar*. Recuperado el 4 de diciembre del 2013 de <http://www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf>
- Vejez y vida. (s.f.). [Sitio Web] *Importancia de la familia en la vejez*. Recuperado el 18 de octubre del 2013 de <http://www.vejezyvida.com/importancia-de-la-familia-en-la-vejez/>
- Velázquez, S. (s.f.). *Unidad 3 Salud física y emocional: Hábitos y estilos de vida saludables* (Sistema de Universidad Virtual). Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo. Recuperado el 5 de septiembre del 2017 de https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT_103.pdf
- Ventura, S. (25 de octubre de 2016). *Los valores morales* [Blog]. Recuperado el 20 de diciembre del 2016 de <http://losvaloresorales.blogspot.mx/>
- Vignolo, J., Macri, M. & Bálsamo, A. (2007). *Departamento de medicina preventiva y social* [Power Point]. Recuperado el 2 de septiembre del 2017 de <https://es.slideshare.net/hamel/salud-y-enfermedad-determinantes-de-salud-nocin-de-riesgo>
- Villar, F. (2003). Desarrollo adulto y envejecimiento: modelos sociocontextuales. En Autor, *Psicología evolutiva y psicología de la educación* (754-865). Barcelona.
- Vivaldo, M. (2015). Envejecimiento, mujeres y discriminación. En M. L. Martínez & V. M. Mendoza (Eds.). *Promoción de la salud de la mujer adulta mayor* (99-112). México.
- Weinreich, M. L. & Hidalgo, C. G. (2004). Intervención de salud en familias de alto riesgo biopsicosocial: Seguimiento a largo plazo del funcionamiento familiar. *Psykhé*, 13(1), 33-42.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (1998) *The Solid Facts. Social determinants of health. Europa*.
- Zuloaga, J. & Franco, N. (2002). *Adolescencia: ¡Padres en acción!* México: Mc. Graw Hill 2002.
- Zuloaga, J. & Franco, N. (2005) *Cómo comunicarse con su pareja: Para disfrutar más su relación*. México: San pablo.
- Zuloaga, J. & Franco, N. (s.f.). [Sitio Web] *La comunicación en la familia*. Recuperado el 12 de octubre del 2013 de <http://es.catholic.net/op/articulos/51495/la-comunicacin-en-la-familia.html>

ANEXOS

Anexo 1 Oficio



Universidad Autónoma del Estado de México
UAEM

Nezahualcóyotl, Estado de México a de de

Dr.
Director de la Casa de día
"Chimalhuacán"

P R E S E N T E

Anticipándole un cordial saludo me permito solicitar su apoyo para que la alumna de la Universidad Autónoma del Estado de México, de la Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl, **Armenta dominguez silvia** con número de cuenta **0923435** de **8vo semestre** de la **Licenciatura en Educación para la Salud**, pueda realizar su protocolo de investigación (tesis) en su respectiva institución lo cual será del periodo de febrero a junio del 2014, en la dependencia que esta dignamente a su cargo. El propósito es implementar su programa y la evaluación del mismo sobre "DETERMINANTES Y REPERCUSIONES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA VIOLENCIA O MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR", mismo que permitiera obtener un diagnóstico previo para la implementación de las estrategias desde la educación para la salud.

Agradeciéndole su atención al presente, me despido, quedo de Usted.

ATENTAMENTE





Anexo 2 Consentimiento informado

Universidad Autónoma del Estado de México
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
Licenciatura en Educación para la Salud



Título de la investigación: “**Maltrato en el adulto mayor**”

Yo _____ estoy enterada(o) que la estudiante **Silvia Armenta Domínguez** en Licenciatura en Educación Para la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de México está realizando un proyecto de investigación sobre “**Determinantes sociales y repercusiones sociales que influyen en la violencia o maltrato hacia el adulto mayor**”. El objetivo de la investigación es diseñar la propuesta de un programa sobre la prevención del maltrato en el adulto mayor dirigido hacia el adulto mayor para realizar acciones futuras que tiendan a satisfacer las necesidades de los adultos mayores.

Toda la información que proporcione, es de carácter estrictamente confidencial y será utilizada únicamente por la investigadora y no estará disponible para ningún otro propósito. Quedo(a) registrado(a) con un código y no tendré que dar mis apellidos y ninguna otra información personal salvo en el presente documento.

Se me ha explicado que no recibiré un beneficio directo por mi participación en esta investigación, sin embargo, si yo acepto participar, estaré colaborando con la investigación que será presentada en la Universidad Autónoma del Estado de México.

También se me explicó que no existen riesgos para mi persona al participar y si alguna de las preguntas me hizo sentir un poco incómodo(a), ser una dificultad o inconveniente para mi familia de que participe en esta investigación, tiene el derecho de no responderla y de retirarse de la dicha investigación cuando usted lo desee. Estoy enterada(o) que no recibiré ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para mí.

Mi participación consistirá en resolver una encuesta referente a la relación con mi familia como por ejemplo la convivencia con cada uno de ellos, cuántos hijos tiene, como se siente emocionalmente y cuestiones generales acerca de su estado de salud, cuál es el rol que desempeña en su familia, que actividades realiza en la labor doméstica, qué papel tiene en su grupo familiar. La encuesta tendrá una duración aproximada de quince a treinta minutos. Se le realizará cuando usted nos lo indique y ya que es una encuesta solicito su autorización para referirme a cuestiones personales de su vida que tenga que tocar sobre el tema de la investigación.

Mi participación es absolutamente voluntaria y estoy en plena libertad de negarme a participar o de retirar mi participación del mismo en cualquier momento que yo lo desee y en dado caso de ser así no se me pedirá ninguna justificación del motivo del por qué me retiro.

Si tengo alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, me puedo contactar con la Dra. Georgina Contreras Landgrave, Coordinadora de la Licenciatura en Educación para la Salud y responsable de la unidad de aprendizaje de “Seminario de Investigación II”, a la siguiente dirección de correo electrónico gcontrerasl@uaemex.mx. o en Avenido Bordo de Xochiaca s/n, Colonia Benito Juárez, Municipio de Nezahualcóyotl.

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Fecha: _____

PARTICIPANTE

Nombre completo: _____

Firma: _____

TESTIGO

Nombre completo: _____

Relación con el entrevistado: _____

Firma: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

Anexo 3 Encuesta



Universidad Autónoma del Estado de México
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl Folio _____
Licenciatura en Educación para la Salud

Encuesta de maltrato en el adulto mayor

Objetivo: conocer los determinantes sociales, las repercusiones sociales y la influencia de la familia en el maltrato hacia el adulto mayor.

La información proporcionada en esta encuesta es confidencial y solo se utilizará con fines académicos y con suma discreción.

I. DATOS GENERALES

Instrucciones: Lea con atención, selecciona y subraye la respuesta o las respuestas correctas de acuerdo a lo que considere en cada pregunta. Se le recuerda que es necesario que conteste todas sin dejar alguna pregunta en blanco.

1. Sexo	1) Masculino 2) Femenino	
2. Edad		
3. Estado civil	1) Soltero(a) 2) Viudo(a) 3) Casado(a) 4) Unión libre 5) Divorciado(a)	
4. Religión		
5. ¿Cuántas personas viven con usted?		
6. ¿Cuál es su escolaridad?	1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Licenciatura 5) Posgrado 6) Ninguno	
7. ¿En dónde vive?	1) Nezahualcóyotl 2) Chimalhuacán 3) Texcoco 4) Los reyes 5) Otro especifique: _____	
8. ¿Cuántos hijos tiene?		
9. ¿Con qué personas vive (puede marcar más de uno)?	1) Hijos 2) Hermanos	

	3) Pareja 4) Primos 5) Nietos 6) Solo 7) Otros <hr/>	
--	---	--

II. Determinantes sociales

10) ¿Cuál es su situación laboral actualmente?	1) Jubilado 2) El hogar 3) Trabajador(a) 4) Otros. ¿Cuál? <hr/>	
11) ¿Quién se ocupa de su cuidado personal (comida, aseo, higiene del hogar)?	1) Usted mismo 2) Esposo(a) 3) Hijos(as) 4) Otro familiar ¿Quién? <hr/> 5) Cuidador(a) 6) Otros. ¿Quién? <hr/>	
12) ¿Usted sufre de alguna dificultad para realizar alguna de las siguientes actividades (puede marcar varias)?	1) Física (por ejemplo, caminar, moverse, subir o bajar escaleras) 2) Visual (por ejemplo, ver, aun usando lentes) 3) Verbal (por ejemplo, hablar, comunicarse o conversar) 4) Auditiva (por ejemplo, oír, aun usando aparato auditivo) 5) Cognitiva (recordar algunas cosas)	
13) ¿Usted sufre de alguna enfermedad? ¿Cuál o cuáles?	1) Si 2) No ¿Cuál? <hr/>	

III. Funcionalidad familiar

Rol de la familia

<p>14) ¿Quién o quiénes son los encargados del gasto familiar (puede marcar varios)?</p>	<p>1) Usted 2) Esposo(a) 3) Hijos(as) 4) Otro familiar ¿Quién?</p> <p>_____</p>	
<p>15) ¿En su hogar hay problemas económicos?</p>	<p>1) Si 2) No</p>	
<p>16) ¿Realiza tareas del hogar como cocinar, lavar, barrer, hacer las compras?</p>	<p>1) Si 2) No</p>	
<p>17) ¿Le quitan autoridad en su familia (no dejarlo opinar, no considerarlo, el no opinar sobre los gastos o los quehaceres de la casa, entre otros)?</p>	<p>1) Si 2) No</p> <p>¿Quién?</p> <p>_____</p>	
<p>18) ¿En su familia no hay una organización familiar (en cuanto a distribución de quehaceres, deberes de la casa, gastos, etc.)?</p>	<p>1) Si 2) No</p>	
<p>19) ¿Su familia le ofrece (puede marcar varios)?</p>	<p>1) Amor 2) Compañía 3) Respeto 4) Atención 5) Vestimenta 6) Comida 7) Techo 8) Dinero</p>	
<p>20) ¿En su familia cada uno cumple con sus responsabilidades (quehaceres) del hogar?</p>	<p>1) Si 2) No</p>	
<p>21) ¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado (que nadie haga más tarea de lo debido)?</p>	<p>1) Si 2) No</p>	

22) ¿Considera que ha tenido perdida de roles (ser padre, ser proveedor, el de autocuidado, de la familia, ocupacional, etc.) sociales?

23) ¿De qué manera ha sentido que ha perdido esos roles?

24) ¿Cuál considera que es el rol que actualmente desempeña dentro de su familia?

Comunicación familiar

<p>25) ¿Existe falta de comunicación entre los miembros de su familia?</p>	<p>1) Si 2) No</p>	
<p>26) ¿En alguno de los miembros con quien vive presentan problemas de carácter (ira, enojo)?</p>	<p>1) Si 2) No ¿Quién? _____</p>	
<p>27) ¿La comunicación con su familia es clara, tranquila y entendible?</p>	<p>1) Si 2) No</p>	
<p>28) ¿La comunicación con su familia es confusa (no es entendible, no se establece dialogo alguno)?</p>	<p>1) Si 2) No</p>	
<p>29) ¿En su familia se expresan sin insinuaciones (indirectas o críticas)?</p>	<p>1) Si 2) No</p>	
<p>30) ¿Pueden en su familia conversar sobre diversos temas sin temor?</p>	<p>1) Si, pasar a la pregunta 30a</p>	

	2) No, pasar a la pregunta 31	
30a) ¿Cuáles?	1) Sexualidad 2) Autoestima 3) Opiniones sobre su hogar 4) Sus experiencias 5) Otros. ¿Cuáles? <hr/>	

Valores familiares

31) ¿En su familia hay faltas de respeto (groserías, insultos, ofensas) de sus familiares hacia usted?	1) Si 2) No	
32) ¿En su familia presentan falta de valores familiares (Respeto, tolerancia, compromiso, solidaridad, paciencia, etc.)?	1) Si 2) No	
33) ¿Sus familiares respetan su privacidad (sus problemas, sus decisiones, su cuarto, etc.)?	1) Si 2) No	

Relación familiar

34) ¿Alguien en su familia lo obliga hacer actividades que no quiere (hacer labores domésticas, trabajar, cuidar a sus nietos)?	1) Si 2) No	
35) ¿Alguien de su familia ha tomado cosas que le pertenecen a usted (teléfono, dinero, personales, de limpieza, etc.) sin su autorización?	1) Si 2) No	
36) ¿Siente que su familia lo aísla (incomunicación, soledad, abandono)?	1) Si 2) No	
37) ¿Le dicen los conflictos o problemas que se presentan en su familia?	1) Si 2) No	

38) ¿Cómo considera que es la relación con cada una de las personas con las que vive?

Percepción (apreciación) del rol del adulto mayor

39) ¿Su familia lo ve como una persona que debe ser estimada?	1) Si 2) No	
40) ¿Siente que es apreciado(a) por su familia?	1) Si 2) No	

41) ¿Cómo considera que deben tratar los familiares al adulto mayor?

42) ¿Qué acciones cree que hacen los familiares cuando maltratan a un adulto mayor?

Hábitos familiares

43) ¿Alguien de la familia consume alcohol?	1) Si 2) No	
44) ¿Alguien de la familia consume drogas?	1) Si 2) No	
45) ¿Qué miembro de su familia lo ignora, lo trata mal, le dice groserías, lo agrade?	1) Hijos (as) 2) Cónyuge 3) Yerno o nuera 4) Sobrinos 5) Nietos 6) Otros: _____	

IV. Repercusiones sociales

46) ¿Alguien de su familia le ha hecho algunas de las siguientes acciones?	Sí	No	
a) Lesiones (cortaduras, moretones, raspones, rasguños, etc.)	1	2	
b) Golpes (por parte de alguno de sus miembros de la familia	1	2	
c) Empujones	1	2	
d) Bofetadas	1	2	
e) Quemaduras (en cualquier parte del cuerpo)	1	2	
f) Prohibición de frecuentar lugares	1	2	
g) Prohibición de frecuentar amistades	1	2	
h) Abandono	1	2	
i) Negligencia (olvidar darle de comer)	1	2	
j) Calumnias o difamación	1	2	
k) Criticas o humillaciones	1	2	
l) Gritos	1	2	
m) Intimidaciones o amenazas verbales	1	2	
n) Sobrerresponsabilidad (que sea responsable de todas las labores domésticas, económicas, etc.)	1	2	
o) Falta de armonía	1	2	
p) Desconfianza por parte de alguno de los miembros hacia usted	1	2	
47) ¿Se ha sentido _____?			
a) Solo(a)	1	2	
b) Temeroso(a)	1	2	
c) Con baja autoestima	1	2	
d) Desvalorado(a)	1	2	
e) Aislado(a)	1	2	
f) Inútil o impotente	1	2	
g) Desesperanzado(a)	1	2	
h) Amenazado(a)	1	2	
i) Carece del amor por parte de su familia hacia usted (caricias abrazos, palabras alentadoras)	1	2	
j) Carece del alimento (no dejarlo comer en familia, no darle alimento)	1	2	
k) Carece de un techo o casa	1	2	
l) Carece de su sustento económico	1	2	
m) Angustiado(a)	1	2	
n) Que no tiene privacidad	1	2	
o) Insomnio	1	2	
p) Insatisfacción con la vida	1	2	
q) Inquietud	1	2	
r) Alteración del estado de ánimo	1	2	
s) Ansioso(a)	1	2	
t) Confusión	1	2	
u) Otras. ¿Cuál? _____	1	2	

48) ¿Lo acompañan frecuentemente sentimientos de tristeza, llanto? ¿Por qué?

Anexo 4

Programa para la prevención del maltrato hacia el adulto mayor

Se anexa en un archivo independiente