



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"VIOLENCIA EN ADULTOS MAYORES"

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N):

ROANNA ESTRADA PALOMARES

**DIRECTORA: DRA. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-CELIS
RANGEL**

**DICTAMINADORES: DR. EDGARDO RUIZ CARRILLO
MTRA. MARGARITA CHÁVEZ BECERRA**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Luis Estrada y Silvia Palomares, por su amor y apoyo incondicional, por sus enseñanzas, por ser mi motivación y por orientarme en cada etapa por la que he atravesado a lo largo de mi vida.

A mi hermana, Cassandra, por ser el mejor ejemplo a seguir, por ser mi mejor amiga, por quererme y cuidarme y por siempre motivarme a continuar creciendo como persona.

A la Dra. Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel, por su valioso apoyo, sus enseñanzas y su guía a lo largo de mi formación profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. VEJEZ	3
1.1 Definición	3
1.2 Vejez y Envejecimiento	5
CAPÍTULO 2. ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO	10
2.1 Revisión demográfica en México	10
2.2 Características de la población adulta mayor	14
2.2.1 Características físicas y sensoriales	14
2.2.2 Características psicológicas	16
2.3 Derechos de los Adultos mayores	17
CAPÍTULO 3. CALIDAD DE VIDA	20
3. 1 Definición	20
3.2 Calidad de vida en la vejez	23
CAPÍTULO 4. VIOLENCIA EN ADULTOS MAYORES	27
4.1 Definición	29
4.2 Tipos de violencia	30
4.3 Prevalencia	36
4.3.1 En el mundo	36
4.3.2 En México	37
4.4 Víctima y victimario	38
CAPÍTULO 5. FACTORES DE RIESGO	43
CAPÍTULO 6. PREVENCIÓN	50
CAPÍTULO 7. CONCLUSIÓN	52
CAPÍTULO 8. PROPUESTAS DESDE LA PSICOLOGÍA	54
REFERENCIAS	59

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue describir los distintos factores intervinientes en la violencia ejercida al adulto mayor en México con la finalidad de difundir esta problemática, así como hacer una propuesta desde la psicología, mediante una revisión bibliográfica de los últimos diez años. De acuerdo a lo encontrado, existe un historial demográfico que vuelve vulnerable a la población mexicana, ya que la población envejecida está próxima a aumentar. Por otra parte, existen factores diversos atribuibles a la sociedad, el entorno, a la víctima, al victimario, sin embargo, se concluye que la clave de una vejez exitosa, se basa en un envejecimiento activo, donde las redes de apoyo sean un papel importante en el desarrollo de la persona y educando a las generaciones próximas, con el fin de que la calidad de vida no disminuya conforme aumenta la edad. Se propone un acercamiento al problema desde una perspectiva psicológica, en la cual haya un trabajo multidisciplinario centrado en la persona.

Palabras clave: *adulto mayor, envejecimiento, vejez, violencia, maltrato, calidad de vida, envejecimiento demográfico.*

ABSTRACT

The objective of the present work is to describe the different factors involved in the violence towards elderly people in Mexico, in order to spread information about this problem, as well as to make a proposal from a psychological perspective, through a bibliographic review of the last ten years. According to the findings, there is a demographic record that makes the Mexican population vulnerable, since the aging population is about to grow even more. On the other hand, there are several factors referable to society, the environment, the victim, the perpetrator, however, it is concluded that the key to a successful old age is based on active aging, where support networks have an important role in a person's development and education of the next generations. In order to have an increase in life quality instead of a decrease, it is proposed a psychological approach to the problem, in which there is a multidisciplinary work centered in the person.

Keywords: *elderly adult, aging, elder, violence, abuse, quality of life, demographic aging.*

INTRODUCCIÓN

La violencia en México, así como en distintas partes del mundo, se ha convertido en un tema de suma trascendencia debido a que afecta, de manera directa, a ámbitos sociales y de salud. En México, existen diferentes tipos de violencia, sin embargo, la violencia hacia el adulto mayor se ha dejado de lado y su reconocimiento ha sido tardío. En consecuencia, la violencia hacia el adulto mayor ha pasado a ser una verdadera preocupación concerniente al ámbito social y de salud pública tomando en cuenta que este grupo, en particular, presenta un aumento demográfico (Giraldo, s/a).

El estudio demográfico de México indica que la población de adultos mayores incrementará en los próximos años. Aun cuando la atención se ha enfocado en este problema emergente, los resultados obtenidos en las investigaciones son meramente orientativas ya que hay demasiado sesgo en las tasas de abuso debido a distintos factores, por consiguiente, la estimación de prevalencia e incidencia del problema es inexacta y el análisis de este fenómeno se ve obstaculizado por todos estos factores (Montero, Vega y Hernández, 2017).

La violencia hacia este sector poblacional afecta de manera relevante ámbitos como el social, el familiar y el económico, ya que ocurre un impacto de manera negativa en la salud física y/o emocional, lo cual genera costos considerables (Dirección de Atención Geriátrica, s/a). De acuerdo con la “Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011” (ENDIREH, 2011, como se citó en Rodríguez, 2014), la forma más común de violencia es la emocional ejercida por las personas con las que se vive, sin embargo, los insultos, abandono, amenazas y golpes encabezan la lista.

La violencia hacia el adulto mayor no hace distinción de nivel social y se debe tomar en cuenta que se debe establecer una definición bastante amplia para poder abarcar tantos comportamientos y escenarios violentos como se pueda. No obstante, “la incongruencia entre las diferentes interpretaciones y definiciones de

abuso de ancianos también tiene su impacto en el entendimiento de las consecuencias del fenómeno. Para explicar el impacto del abuso de ancianos, necesitamos tener una idea clara de qué es lo que este fenómeno implica” (Mysyuk, Westendorp, y Lindenberg, 2013).

Aunado a lo anterior, realmente se desconoce la magnitud del problema y esto se debe a que es un fenómeno complejo donde distintos factores intervienen. Una manera en la que se podría disminuir y erradicar la violencia hacia los adultos mayores es informando a las próximas generaciones acerca de este tema (Gómez, s/a).

Asimismo, la sociedad tiene obligación con la población de adultos mayores así como la tiene con la niñez y la juventud. Se deben propiciar las condiciones para desarrollarse de manera integral, debe existir un compromiso social hacia esta población que se ha dejado de lado y que ha sido vista como grupo vulnerable, dando pie a la segregación y discriminación de los mismos (INAPAM, 2011).

Como se puede ver, la importancia de exponer y abrir el diálogo acerca de este tema es de suma importancia, pues es un problema que concierne a la sociedad en general ya que, como indican los índices demográficos, la población de adultos mayores será mayor a la población infantil y juvenil y, de no actuar ante este fenómeno pronto, las consecuencias serán significativas afectando la calidad de vida de esta población.

Con base en lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente trabajo es describir los distintos factores intervinientes en la violencia ejercida al adulto mayor en México con la finalidad de difundir este problema, así como hacer una propuesta desde la psicología, mediante una revisión bibliográfica de los últimos diez años.

1. VEJEZ

1.1. Definición

De acuerdo a investigaciones a través de la historia, se pueden encontrar 3 vertientes sobre las cuales se desprende el concepto de vejez. Las dimensiones más comunes, presentes en el desarrollo de este concepto tan complejo, son la biológica, la psicológica y la social; a continuación se expondrá cada una (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega & Hernández, 2009):

- a) Biológica: se subdivide el concepto en dos dimensiones “a) la función del patrón de referencia cronológica y, b) a partir de los cambios morfofuncionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento” (García, 2003, como se citó en Ramos, Meza, Maldonado, Ortega & Hernández, 2009, p. 50).
- b) Psicológica: esta, de igual manera, es fragmentada por dos dimensiones; la psicobiológica, dentro de la cual están los procesos psicológicos básicos y su desarrollo y, por otra parte, la psicológica estructural, la cual se enfoca en la personalidad.
- c) Social: esta, a su vez, presenta tres dimensiones diferentes. Primeramente, se encuentra la sociodemográfica, la cual integra el crecimiento poblacional; después se encuentra la sociopolítica, dentro de la cual se observa la participación e integración social de la población vieja; y por último se encuentra la económico política, la cual estudia “los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la vejez” (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega & Hernández, 2009, p. 50).

Se parte de estas dimensiones para tener un acercamiento al concepto de vejez, sin embargo no se puede tener una definición concreta y única debido a la complejidad que este presenta. A su vez, la complejidad del tema ha permitido la conceptualización de la vejez a partir de distintos ámbitos de estudio (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega & Hernández, 2009).

Las maneras en que puede conceptualizarse la vejez, de acuerdo a Moragas (1991, como se citó en Acevedo, Trujillo & López, 2012) son tres:

1. Vejez cronológica: hace referencia a una determinada edad cumplida.
2. Vejez funcional: se asocia con la etiqueta peyorativa de “viejo” y hace referencia a estar incapacitado o limitado por la vejez.
3. Vejez etapa vital: se refiere “de manera equilibrada y moderna, como el transcurso del tiempo el cual produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las que le antecedieron, con una realidad propia, limitada solamente por condiciones objetivas externas y por las subjetivas de la persona” (Acevedo, Trujillo y López, 2009, como se citó en Acevedo, Trujillo & López, 2012, p. 18).

Por otra parte, González-Celis, Tron & Chávez (2009) definen a la vejez como la “etapa final del proceso de envejecimiento, así como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejando en el estilo de vida y en su interacción con el medio y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante que se inicia desde el nacimiento mismo”.

A su vez, si la vejez se conceptualiza desde una perspectiva psicosocial, se le considera como un proceso individual, en el cual los individuos enfrentan las circunstancias que les tocó vivir en su proceso de envejecer (Barros, 1996, como se citó en Acevedo, Trujillo & López, 2012).

Cabe destacar que la relatividad de la definición de vejez, puesto que ésta dependerá del contexto y al grupo de personas al cual se pertenezca, la calidad de vida presente en la vejez variará de acuerdo a la posición social y económica, así como las expectativas sociales y culturales (Fried, 1988, como se citó en Dulce & Uribe, 2002).

Desde la perspectiva de clases sociales, etnias y niveles de educación, el nivel socioeconómico no es simplemente un hecho económico ya que este engloba un conjunto de vivencias psicológicas, biológicas y sociales, las cuales determinarán la manera en que se llegará a la vejez, las expectativas de rol, los tipos de familia, etc. Contar, o no, con una jubilación o trabajo implica factores como los niveles de dependencia e independencia, recursos de atención y cuidado, así como la capacidad de continuar desarrollándose (Lacub & Sabatini, 2007).

El elemento de etnia juega un factor central y diferenciador, puesto que existen dinámicas culturales que permiten distintas posibilidades de oferta social o rangos en las escalas sociales (Lacub & Sabatini, 2007).

Por lo anterior, se da pie a hablar acerca del envejecimiento y a marcar las diferencias entre vejez y envejecimiento. A continuación se explica la divergencia entre estos conceptos tan complejos.

1.2. Vejez y Envejecimiento

Partiendo de lo anteriormente explicado, surge la relevancia de diferenciar estos dos conceptos que, si bien hacen referencia a un grupo social específico, no son iguales, pues mientras que la vejez se ve explicada por diversos autores como una etapa humana, el envejecimiento, por otra parte, es definido por la OMS (2015), como “la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte”.

El envejecimiento puede ser concebido de distintas maneras, al igual que la vejez. González-Celis, Tron y Chávez (2009), mencionan tres categorías:

- a) Normal: Cuando se presentan las pérdidas o deterioros, lentos, continuos, graduales, casi imperceptibles, e irreversibles, en los niveles biológico, psicológico y social hasta llevarlo a la muerte.

- b) Patológico: los cambios se despliegan de manera abrupta, vertiginosa y apresurada en uno o en todos los niveles.
- c) Exitoso: Aquí de igual manera se presentan pérdidas y/o deterioros, sin embargo también se presentan ganancias que ayudan a que las personas de la tercera edad aprendan a minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias.

De igual manera, el envejecimiento ha sido revisado desde distintos ámbitos de estudio. Rodríguez (2011) nos presenta seis enfoques desde los cuales se ha intentado concebir el envejecimiento:

1. Enfoque biológico: “proceso asociado a la disminución de la eficiencia del funcionamiento orgánico que lleva a la muerte” (Rodríguez, 2011, p. 15). Es decir, disminución de funcionamiento fisiológico causado por un deterioro orgánico y se divide en el envejecimiento primario, el cual se relaciona con la herencia puesto que ocurren cambios inevitables; y el envejecimiento secundario, el cual se refiere a la pérdida de capacidad ocasionada por enfermedades, traumas, etc.
2. Enfoque demográfico: se considera la diferencia de grupos de la tercera edad, 60 a 80 años; y la cuarta edad, iniciada a partir de los 80 años. Dentro de este enfoque también se toma en cuenta la transición demográfica, pues la pirámide poblacional fluctúa de acuerdo a la esperanza de vida.
3. Enfoque socioeconómico: económicamente, el envejecimiento se asocia a la jubilación, pues es cuando termina su ciclo de vida productiva. Sin embargo poca gente es pensionada y esto produce sentimientos de conflicto ya que esto determina la posición social, la calidad y el acceso a la salud, el mantenimiento de su vivienda, etc.
4. Enfoque sociocultural: la organización jerárquica de las sociedades juega distintos roles de acuerdo a la cultura. Aquí se habla del valor de la persona mayor a pesar de la disminución de su capacidad funcional; también se habla de los roles y la satisfacción que con estos llegan.

5. Enfoque familiar: se toma en cuenta el afrontamiento de la persona adulta mayor hacia el hecho de que los hijos adquieren vivienda propia y la persona mayor tiene que vivir sola. No obstante, si el adulto mayor vive en el núcleo familiar de sus hijos, se siente discriminado y poco útil.
6. Enfoque psicológico: se enfatiza la importancia de los logros y la experiencia alcanzada en esta etapa ya que cumplen un papel importante en el proceso de desarrollo humano y calidad de vida y logran la sensación de satisfacción del trayecto de vida.

Por su parte, González-Celis, Tron y Chávez (2009), explican que el envejecimiento se refiere a un proceso natural de deterioro gradual de la persona pasando por el ciclo constante de construcción, destrucción, reparación y transformación de estructuras y funciones que comienzan en la gestación para concluir en la muerte. Ante este deterioro físico, quedan menos posibilidades de sobrevivencia, y cuando esto sucede en el hombre, la sociedad lo protege de la invalidez prolongando la muerte.

Chambers (1983, como se citó en Acevedo, Trujillo & López, 2012) expresa que el envejecimiento es “un proceso fisiológico presente durante toda la vida adulta y que se acentúa progresivamente con el aumento de la edad” (p. 19). Además agrega que una característica primordial es “la limitación progresiva en las capacidades y competencias funcionales de adaptación y de interacción del ser humano con su medio ambiente biológico, físico, psicológico y social” (p. 19).

Por su parte, Lazarus (1998; 2000, como se citó en Aponte, 2015) menciona que a medida que las personas envejecen, la posibilidad de que se produzcan pérdidas funcionales son cada vez más grandes. Las personas de la tercera edad, temen perder su buen funcionamiento mental y físico, y esto puede agudizarse si la persona presenta depresión e impotencia ya que los mismos generan la pérdida del control de sus propios cuerpos. Estos problemas, muchas veces, generan que los ancianos se aíslen y se sientan inútiles haciendo que su vida sea cada vez más complicada. El deterioro que se presente tanto físico como mental, hace que la

persona reduzca su redes sociales y emocionales, posibilitando así la depresión y que las enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para la persona (Gómez-Cabello, Vicente Rodríguez, Vila-Maldonado, Casajús & Ara, 2012).

El envejecimiento para Mishara y Riedel (1995, como se citó en Acevedo, Trujillo & López, 2012) puede ser visto desde cuatro perspectivas: el cronológico, el cual se refiere al número de años contados; el psicobiológico, haciendo referencia a los cambios físicos y biológicos; el psicoafectivo, desde la perspectiva cognitiva afecta la manera de pensar, así como sus capacidades y lo relacionado a la afectividad y la personalidad; y el social, asociado a la interacción del sujeto con su entorno y los demás (Antolínez y Alonso, 2007, como se citó en Acevedo, Trujillo & López, 2012).

El envejecimiento es un proceso que se vive durante todas las etapas del ciclo de vida y que conlleva implicaciones en la capacidad funcional (Rodríguez, 2011). El envejecimiento orgánico no debe reducirse simplemente a un proceso biológico pues merece un análisis contextual en el que el hombre es un ser complejo por ser biológico, cultural, social, mental y espiritual, el cual se integra a una naturaleza compleja como lo son las sociedades humanas (González-Celis, 2009)

Del envejecimiento resulta la vejez, la cual comienza en distinto tiempo, de individuo en individuo, debido a las condiciones de alimentación, los hábitos de la vida, el nivel económico, la educación y la estructura social (González-Celis, Tron & Chávez, 2009), pues la condición de vejez y sus grados no los determina la edad del todo sino las condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas las cuales varían en sentido y relevancia de acuerdo con las épocas, las culturas y las clases sociales (Ham Chande, 2003).

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que la vejez es “la última etapa del ciclo de vida donde se aprecia el resultado de todas las experiencias, transformaciones y aprendizajes vividos en las etapas anteriores y donde se acepta la trayectoria de la vida con satisfacción” (Rodríguez, 2011).

El análisis de los enfoques y definiciones anteriores, nos lleva a comprender la complejidad del proceso de envejecimiento y la vejez. Es necesario incluir aspectos del contexto, así como problemáticas y necesidades individuales y sociales, además de intereses y proyectos de vida al análisis de un proceso tan complejo como este y el cual se refleja en la vejez.

2. ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO

2.1. Revisión demográfica en México

El envejecimiento demográfico está sucediendo en diversos países latinoamericanos, incluido México. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012), prevee 532 mil personas adultas mayores para el año 2050 (CONAPO, 2005, como se citó en Acuña, 2012).

México experimenta un proceso acelerado en distribución por edades de la población, pues transita de una población joven a una más envejecida. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2015, de cada diez mexicanos, tres son menores de 15 años (27.6%) y solo uno tiene 60 años o más (10%), sin embargo, para el año 2050 esta composición se verá profundamente alterada, ya que se prevé que únicamente dos de cada diez mexicanos tendrán menos de 15 años (20.7%), proporción casi idéntica a la de adultos mayores, quienes representarán 21.5 por ciento de la población total (CONAPO, 2012, como se citó en González, 2015).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (2011), este fenómeno se resume en la distribución de tres grandes grupos de edad: a) la población de niños y adolescentes (0-14), b) la población joven y adulta en edades intermedias (15-64) y c) la población envejecida (65+).

La transición demográfica por la cual México está pasando, comenzó a verse modificada después de la Revolución Mexicana ya que los niveles de vida comenzaron a ser prioridad en la sociedad mexicana y el descenso de la tasa de mortalidad se logró mediante la expansión de la infraestructura médica y sanitaria, así como los servicios educativos (Gómez de León y Partida, 2001, como se citó en Nava, Ham & Ramírez, 2016).

El descenso de mortalidad también se refleja en el incremento de la tasa de esperanza de vida, en 1921 la esperanza de vida al nacimiento era de 32,1 para los

hombres y 33,8 en las mujeres, mientras que para 2010 las cifras eran 71,1 y 77,0 respectivamente (Conapo, 2015, como se citó en Nava, Ham & Ramírez, 2016), denotando incrementos de cuarenta años. Partida (2005, como se citó en Nava, Ham & Ramírez, 2016) identifica que el incremento más significativo en las ganancias de vida se presentó entre 1942 y 1960.

Por otra parte, la fecundidad se transformó hacia la década de los setentas. Pues según Mier y Terán y Partida (2001, como se citó en Nava, Ham & Ramírez, 2016), “las transformaciones reproductivas fueron resultados de los mayores niveles de escolaridad de las mujeres y el uso amplio de los métodos anticonceptivos” (p. 170).

Por su parte, González (2007) explica que el envejecimiento demográfico se ha presentado debido a un proceso socioeconómico que influyó en tres aspectos que se destacan:

1. Reducción de la tasa de natalidad: La disminución de la fecundidad, que comenzó en 1930, es la principal causa de este cambio estadístico en el 2010, que primero redujo a la población infantil y después a la población adulta joven (INEGI, 2012).
2. Aumento de la esperanza de vida: Al descender la mortalidad aumentó la esperanza de vida, y por lo tanto el crecimiento de la población de adultos mayores, debido a que las condiciones de trabajo en las últimas décadas comenzaron a ser menos agresivas, las personas alcanzaron la vejez en mejores condiciones, y además, por los avances científicos y tecnológicos que han ayudado a mantener y mejorar la salud al igual que las condiciones de vida (Pérez, Malagón & Amador, 2006).
3. Desplazamientos migratorios: Este aspecto causante del envejecimiento prematuro se produce debido a que los sujetos emigran en edades jóvenes y productivas, haciendo que quienes se quedan, es decir, niños y adultos mayores jóvenes, sean la mayoría de la pirámide poblacional. Aunado a lo anterior, los migrantes de entre 28 y 40 años, se reproducen

en su lugar de destino, causando decremento en la población y envejecimiento demográfico (Ramírez, 2010).

Como se explicó antes, la esperanza de vida juega un rol importante en la variación demográfica y, además, es una forma de explicar el envejecimiento demográfico. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (2011), la esperanza de vida es “una estimación del promedio de años que les resta por vivir a un grupo de personas de una misma edad, calculada de acuerdo al patrón de mortalidad del año de referencia” (p. 14). Las mujeres de 65 años, en 1970, tenían una esperanza de vida de 14.8 años, la cual incrementa en 2010 y se espera que suba a 19.6 en 2050; por otro lado, las cifras de los hombres son menores.

Por lo anterior, el envejecimiento demográfico tiene una característica particular en la población mexicana: la feminización de la vejez. Esto quiere decir que hay una mayor proporción de población femenina y las implicaciones en el campo de la salud, en las relaciones sociales y en el ámbito económico son considerables (Consejo Nacional de Población, 2011).

De igual manera, las variaciones de la estructura poblacional mexicana modifican la relación de dependencia demográfica, la cual es explicada como “el peso que tiene el grupo de niños y adolescentes junto con los adultos mayores sobre la población en edades intermedias” (Consejo Nacional de Población, 2011, p. 17). Esto quiere decir que se parte del supuesto de que “los jóvenes y viejos dependen de los adultos en edades intermedias, considerados como capaces y activos para otorgar apoyo familiar, social y económico” (Consejo Nacional de Población, 2011, p. 17).

Las relaciones de dependencia son aproximaciones y deben ser consideradas con sus reservas, pues no toda la población de 0-14 es dependiente, no toda la población de 15-64 es activa y no toda la población de 65+ es dependiente (Consejo Nacional de Población, 2011).

Con base en las relaciones de dependencia de población envejecida, se debe incluir el concepto de vulnerabilidad, el cual se relaciona con la vejez, particularmente con la salud, pues la dependencia generalmente viene con alguna enfermedad crónica o discapacidad motriz y mental necesitando asistencia médica, prevención y cuidados personales permanentes. Estos cuidados, por ser especializados, son particularmente costosos y, si la familia del adulto mayor cuenta con recursos económicos, se puede adquirir esta atención en el sector privado. Sin embargo, aquí también entra el derechohabiente normal, el cual debe hacer uso de instituciones de seguridad social, las cuales se comienzan a ver limitadas debido a las altas demandas de la sociedad (Consejo Nacional de Población, 2011).

La problemática anterior deja expuesta la problemática social y económica a la cual se enfrenta la sociedad envejecida. De manera que la dependencia de la vejez recae, de manera general, en los familiares del adulto mayor y, de manera particular, en los hijos. Sin embargo, cuando un cuidado se debe prolongar y debe ser diario, el apoyo de cuidado se ve afectado por las actividades realizadas y es normal que un familiar, comúnmente una hija o la esposa entre la edad de 45 a 59, se convierta en su cuidadora principal (Consejo Nacional de Población, 2011).

Por consiguiente, es necesario estimar la afectación en la capacidad de atención a la vejez ante la dinámica demográfica esperada, por lo cual se implementó un índice de disponibilidad de las cuidadoras (IDC) de la población envejecida, el cual se define como “la relación entre el tamaño de la población envejecida multiplicada por 100 y la población femenina en edades 45-59” (Consejo Nacional de Población, 2011, p. 20). De acuerdo a las expectativas previstas, a partir del año 2030 habrá mayor número de personas que requieren atención que posibles cuidadoras disponibles, lo cual pone alerta en la importancia de prever institucionalmente los cuidados a largo plazo de la población envejecida.

Como se puede observar, México ha pasado por una transición demográfica bastante rápido, lo cual es común en países en vías de desarrollo. La veloz transición en la estructura poblacional implica desafíos que no pueden ser resueltos

inmediatamente. Las consecuencias de tasas altas de natalidad y mortalidad sin control a tasas bajas y controladas son evidentes en el presente y, lo serán aún más en un futuro cercano, cuando el proceso de envejecimiento en la población se agudice (Partida, 2005).

El inminente envejecimiento demográfico de México presenta una amenaza para la salud pública, pues al envejecer, las personas tienen posibilidades altas de padecer una discapacidad, enfermedades crónicas degenerativas y trastornos mentales que pueden causar alguna discapacidad (INEGI, 2012).

2.2. Características de la población adulta mayor

Como ya vimos, el envejecimiento es un proceso que se vive a lo largo de la vida y se caracteriza por cambios físicos, mentales, individuales y colectivos (Rodríguez, 2011).

La vejez está relacionada a un proceso que implica cambios o procesos biológicos, psicológicos y sociales, estos cambios suceden de manera independiente uno de otros (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega, y Hernández, 2009). La vejez se caracteriza también por la aparición de “síndromes geriátricos”, los cuales se describen como “estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas” (OMS, 2018).

No se pueden generalizar las características de los adultos mayores, ya que las facultades psíquicas y físicas dependerán puramente de la persona, pues hay personas que tienen una salud impecable, mientras que otros sufren deterioros considerables a edades tempranas (OMS, 2018)

2.2.1. Características físicas y sensoriales

Para explicar las características físicas, normalmente se utilizan las teorías biológicas, las cuales, a su vez, se basan en los cambios físicos presentes a lo largo del tiempo. Está claro que envejecemos biológicamente, ya que el individuo se

vuelve más vulnerable en la composición química del cuerpo a medida que se envejece, hay un incremento del pigmento lipofusión en algunos tejidos y en la interconexión de moléculas. Al disminuir las capacidades, también se disminuye la capacidad de responder adaptivamente al cambio ambiental (Hernández & Peña, 2007).

Por otra parte, el funcionamiento sensorial se ve igualmente afectado ya que la sensibilidad cambia en el proceso de envejecimiento. Comenzando por la visión, los colores comienzan a percibirse de manera distinta, pues después de los 35 años de edad la capacidad de distinguir colores en el rango verde, azul y violeta disminuye, por lo cual la distinción de colores amarillos, naranjas y rojos es mejor (Hernández & Peña, 2007).

En la audición se pueden observar cambios de tamaño, forma y flexibilidad del pabellón auditivo externo, así como aumento en la acumulación de cera y disminución de agudeza auditiva. También se presenta una menor elasticidad del tímpano y calcificación de la parte clásica de la trompa de Eustaquio (Hernández & Peña, 2007).

De igual manera, el olfato y el gusto se ven modificados con el paso del tiempo. Primeramente, las células receptoras olfativas tienen una vida de 5 a 8 semanas, las cuales son reemplazadas, sin embargo, al envejecer estas células se pierden y puede que ya no sean reemplazadas. Asimismo, los receptores del sabor se reemplazan continuamente y, al llegar a los 40 años, comienzan a atrofiarse (Hernández & Peña, 2007).

Por último, diversos aspectos del tacto disminuye al envejecer, por ejemplo, la sensibilidad para el tacto disminuye debido a la cantidad de receptores y es más común hacia los 60 años de edad, cuando la piel es más delgada. La sensibilidad a la vibración se ve afectada y va a depender de la parte del cuerpo que sea estimulada. La sensibilidad a la temperatura también es modificada, pues al

envejecer es común tener una temperatura corporal más baja (Hernández & Peña, 2007).

2.2.2. Características psicológicas

Las personas adultas mayores son elementos importantes para la sociedad. Si bien en cierto que las personas mayores tienen una salud mental estable, es evidente que están expuestas a presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas, etc. (OMS, 2017).

Desde una perspectiva psicológica, el individuo envejecido comienza a cuestionarse su identidad, es decir, no logra encontrar una respuesta satisfactoria que le ayude a disminuir la angustia que los prejuicios y las ideas falsas sobre el proceso de envejecimiento le pueda generar y que la sociedad no contrarresta devolviéndole una imagen con la que se puede identificar plenamente. En otras palabras, el autoconcepto se ve dañado (Hernández & Peña, 2007).

Complementando, entre los adultos mayores las experiencias de pérdidas de seres queridos se vuelven frecuentes, así como el descenso del nivel socioeconómico debido a la jubilación. En conjunto, estas situaciones desembocan en sentimientos de aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia (OMS, 2017).

De acuerdo con las OMS (2017), la demencia y la depresión representan un problema de salud pública afectando a gran parte de la población adulta mayor. La demencia se caracteriza por la falta de memoria e incapacidad para realizar actividades cotidianas. De acuerdo a estadísticas, en el mundo existen 47,5 millones de personas con demencia. Se prevé que este número 75,6 millones en 2030 y a 135,5 millones en 2050.

Al mismo tiempo, la depresión afecta al 7% de los adultos mayores, sin embargo, no es diagnosticada ni tratada de la manera correcta. La salud mental de los adultos mayores puede mejorar con la promoción de una vida cotidiana activa y

saludable mediante condiciones de vida y ambientes de bienestar que promuevan un envejecimiento activo e integral (OMS, 2017).

2.3. Derechos de los Adultos mayores

La situación de las personas adultas mayores ha causado preocupación ante la comunidad internacional, lo cual ha desembocado en la adopción de políticas internacionales con perspectiva en los derechos humanos.

Las primeras legislaciones hechas en relación a los adultos mayores, se remontan a la década de los 90's y ha surgido un movimiento emergente donde se hace necesario un marco jurídico para la protección de los derechos de los adultos mayores.

De acuerdo a Naciones Unidas, CELADE & CEPAL (2011, p. 8), “para promover el enfoque de los derechos humanos en los asuntos de las personas mayores, los Estados deben crear las condiciones jurídicas, políticas, económicas, sociales y culturales que permitan su desarrollo íntegro. Un país no solo debe abstenerse de interferir en el ejercicio de los derechos individuales, sino que además debería realizar prestaciones positivas, es decir, tomar medidas administrativas y legislativas para que el ejercicio de esos derechos no sea ilusorio”.

La perspectiva de asistencia social ha ido decayendo frente al enfoque de derechos humanos en cuanto al tema de las personas mayores, como se puede observar en la legislación especial, la cual promueve y garantiza los derechos humanos de las personas mayores. El envejecimiento y la vejez son vistos como tema de derechos humanos gracias a estas legislaciones, las cuales, si bien carecen de elementos, su promulgación permea el avance para la ampliación de garantías de protección.

A continuación se presentarán algunos derechos presentes en países latinoamericanos, los cuales, pueden variar entre países, pero siempre se deben

incluir en la constitución de sus propias leyes, con el fin de garantizar la protección de este sector poblacional.

La no discriminación por edad se encuentra presente en la mayoría de las legislaciones vigentes, pues se han establecido medidas para prevenir y sancionar la discriminación fundada en este motivo.

El derecho a la vida y a una muerte digna protege la existencia humana y pretende la prevención de riesgo a la muerte por causas evitables.

La integridad personal, el cual es un derecho de cualquier ser humano, sin embargo “en el caso de las personas mayores debe haber una mayor vigilancia de su cumplimiento, precisamente por la posición de vulnerabilidad en la que comúnmente se encuentran” (Vásquez, 2004, como se citó en Huenchuan y Rodríguez-Piñero, 2010). A partir de lo anterior las legislaciones de varios países, incluido México, “establecen una protección específica en esta materia, abordando desde la explotación, el maltrato o el abuso de las personas mayores hasta la protección de la imagen, la autonomía, el pensamiento, la dignidad y los valores de la población adulta mayor”.

El derecho a la participación en la vida política, social y cultural está presente en los países con legislación especial. En México se considera un derecho la participación de las personas mayores “en la planeación integral del desarrollo social, mediante la formulación y aplicación de las decisiones que afecten directamente su bienestar, barrio, calle, colonia, delegación o municipio. Lo mismo ocurre en relación con la capacidad de asociarse y conformar organizaciones para promover su desarrollo e incidir en las acciones dirigidas a este sector”.

El derecho a un nivel de vida adecuado y a los servicios sociales varía de país a país y se suelen asociar a aspectos relacionados a la alimentación, acceso a prestaciones, transporte, educación, vivienda, vestuario, asistencia médica geriátrica, recreación y servicios sociales.

El derecho a la salud, en México, “las personas de edad deben tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral; tener acceso preferente a los servicios de salud, a gozar cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional; a recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal”.

El derecho a una vivienda y a un entorno saludable, en el cual se menciona “la prioridad de atención en los programas de vivienda, sea por medio de la asignación de subsidios específicos para acceder a una casa o para refaccionarla”. Sin embargo en México es más amplia garantizando a “las personas mayores el derecho a vivir en entornos seguros, dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y donde ejerzan libremente sus derechos”.

El derecho a la seguridad social, las personas mayores en México tienen derecho a ser parte de programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.

A pesar de todas las iniciativas existentes en apoyo a la población adulta mayor, cabe destacarse que existen áreas que requieren políticas y programas con respecto a la dependencia en la vejez, como lo son atender la salud, garantizar la seguridad económica, apoyar el ámbito familiar y establecer nuevas relaciones sociales; las cuales deben ser tomadas en cuenta de manera integral (Consejo Nacional de Población, 2011).

De igual manera, tomar en cuenta el contexto del país, específicamente por la diversidad social y económica, es imperativo para tener la posibilidad de aplicar las políticas demográficas, sociales y económicas. No se debe dejar de lado la revisión de las clases sociales, localidades y, primordialmente, los contrastes entre las sociedades rurales y urbanas (Consejo Nacional de Población, 2011).

3. CALIDAD DE VIDA

El envejecimiento es un proceso de cambios biológicos, psicológicos y sociales que determinan la calidad de vida, por la valoración que hace cada individuo sobre el grado de bienestar y satisfacción general de su vida y por su funcionamiento social, psíquico y físico.

Conforme los avances médicos incrementan la esperanza de vida, la calidad de vida se ha visto disminuida debido a las limitaciones que con la edad llegan, es decir, el reto actual no es prolongar la longevidad humana, sino mejorar de manera cualitativa la salud y el bienestar (Rubio, Rivera, Borges, González, 2015).

Diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano han contribuido al estudio de la calidad de vida. Por tal razón no se ha podido llegar a un consenso cuando se pretende dar una definición de calidad de vida y se observan múltiples acercamientos sin optar por uno solo, ya que el concepto se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad (Gómez, 2014).

3.1. Definición

El concepto de “calidad de vida” se ha presentado frecuentemente en distintos ámbitos de estudio y se parte de ahí para observar diversos acercamientos al concepto, sin adoptar uno determinado (González-Celis, 2010).

El concepto de calidad de vida se ha visto modificado debido a la evolución de perspectivas sobre las cuales se estudia el término, es decir, se pasó de “una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que adquieren mayor relevancia” (Nieto, Abad & Torres, 1998, como se citó en González- Celis, 2010).

Según (Watanabe, 2014), calidad de vida es “un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee

aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida” (p. 159).

El concepto de calidad de vida debe contener tanto aspectos subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos, etc.) como objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta, etc.). Esta cuestión parte de la decisión sobre si, calidad de vida, es un concepto puramente subjetivo, en el sentido de que son aspectos percibidos de la realidad los que deberían tomarse en cuenta a la hora de su conceptualización, o como defienden otros autores entre ellos Fernández-Ballesteros (2008), la definición operativa de la calidad de vida debe pasar por la utilización de indicadores objetivos los cuales darían cuenta de aspectos reales y observables que contribuirían al bienestar de la persona (Alonso, 2010, como se citó en Aponte, 2015).

Se puede decir que el bienestar es definido en términos de necesidades, preferencias y recursos. Cuando las necesidades básicas son cubiertas, se tiene acceso a necesidades superiores, y es ahí cuando el bienestar tiene lugar. El bienestar psicológico surge de un equilibrio entre factores que, en conjunto, forman lo que diversos autores llaman satisfacción. El desarrollo de indicadores del bienestar humano relacionados a las condiciones de vida, enriquecen el concepto de calidad de vida (Victoria, 2005).

En la actualidad, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico,

siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar” (Tuesca Molina, 2012).

Por su parte Rejda (2012) propone que el bienestar de las personas está compuesto de factores subjetivos y factores objetivos; menciona que estos últimos están relacionados a los aspectos socioeconómicos y contribuyen a la satisfacción y calidad de vida. Sin embargo, concluye que, además de las necesidades subjetivas y subjetivas, se debe proporcionar independencia, toma de decisiones y alivio a la pobreza para mejorar el autoestima de la población envejecida y, así, por consiguiente, bienestar.

La Organización Mundial de la Salud (The WHORQOL Group, 1996, citado en Millán, 2011) define la calidad de vida como “La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que se vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”.

La calidad de vida, es la sensación o percepción que cada persona tiene respecto a la satisfacción que le provee su vida en base al entorno cultural, el sistema de valores, a sus deseos y preferencias, y agregan que el cúmulo de factores externos y objetivos condiciona positiva o negativamente la calidad de vida. La interacción entre la satisfacción con la vida y las situaciones objetivas de vida, son parte de la calidad de vida, estas son: la familia, las actividades laborales o recreativas, las prestaciones estatales, y la satisfacción de las necesidades sociales (Osorio, Torrejon, Vogel, 2008).

Dentro de la calidad de vida y el bienestar de las personas, se encuentra la autoeficacia, la cual es “la evaluación que cada individuo hace sobre su capacidad o competencia para realizar una conducta específica exitosamente” (Bandura, 1999, como se citó en Acuña & González-Celis, 2010, p. 72). De acuerdo con González-Celis (2005, como se citó en Acuña & González-Celis, 2010), esta valoración “dependerá de las expectativas que tenga de sus propias habilidades y aptitudes, y de la valoración que haga de las dificultades asociadas a una tarea” (p. 72).

De acuerdo con Rubio (2006, como se citó en SEDESOL, 2010) la calidad de vida se define como “aquella que se funda en el gozo tranquilo y seguro: de la salud y la educación, de una alimentación suficiente y de una vivienda digna, de un medio ambiente estable y sano, de la justicia, de la igualdad entre sexos, de la responsabilidad de la vida cotidiana, de la dignidad y de la seguridad” (p.10).

3.2. Calidad de vida en la vejez

El envejecimiento de acuerdo a Rubio, Rivera, Borges, González (2015) es un proceso individual y colectivo simultáneamente, ya que ocurre directamente en el individuo pero se ve afectado por los modos de vida que la sociedad le proporciona.

La calidad de vida en los adultos mayores dependerá de distintos factores asociados a su envejecimiento, por lo tanto, existen distintas variables importantes para la calidad de vida. De acuerdo a González-Celis (2012), la calidad de vida no mejora precisamente a medida que la esperanza de vida aumenta y, es por tal aseveración que se debe conocer la calidad de vida presente en la vejez, pues esta no solo se enfoca en el bienestar general de adulto, sino también incluye factores sociales, económicos y personales.

Las dimensiones conformadoras de la calidad de vida son específicas, pues surgen a partir de las necesidades de las personas y, entre mejor queden satisfechas las necesidades personales, mejor será el envejecimiento (Durán, 2010).

La calidad de vida se dice que comienza desde la juventud y se refleja en la vejez involucrando todo los factores intervinientes a lo largo de la vida, no obstante, Nápoles, García, Mariño y Sarabia (2014) expresa que “aunque la calidad de vida en la tercera edad, cualquiera que sea el contexto de referencia, mantiene aspectos comunes, comparativamente con otros grupos de sujetos, la calidad de vida en personas mayores tiene un perfil específico en el que no intervienen factores importantes en otros grupos de edad, por ejemplo, referidos al trabajo y donde

existen otros idiosincráticos que tiene que ver con el mantenimiento de las habilidades funcionales o de autocuidado”.

De acuerdo con Aponte (2015, p. 158), las variables que toman en cuenta la perspectiva subjetiva de la calidad de vida serán entendidas de la siguiente manera: “Autonomía que estará definida como capacidad funcional y se describe como la posibilidad del adulto mayor de poder o no realizar actividades básicas e instrumentales - el soporte social que se refiere a las estrategias (prestar ayuda, colaboración) que permiten relacionarlos con los demás” (Durán, 2010). De igual manera la “salud mental la cual involucra el grado de armonía psicoemocional presente en el adulto mayor y la actividad física recreativa como la satisfacción y la disponibilidad del abuelo para la realización de dichas actividades” (Vivaldi, 2012).

Las variables más importantes para la calidad de vida son, de acuerdo a Osorio, Torrejon y Vogel (2008): respecto a lo individual, la autonomía, las relaciones familiares, y del entorno social. Este último se refiere a las políticas y espacios públicos, en los cuales se tome en cuenta sus necesidades y espacios de reunión. De igual manera, se mencionan características de la ciudad, como el transporte, el servicio, el conocimiento de las rutas, la incertidumbre ante el funcionamiento del sistema, las dificultades para movilizarse y caminar por la ciudad para realizar sus actividades y hacer uso de los servicios que necesiten.

Por otra parte, el entorno social, incluyendo a las relaciones intergeneracionales, enfocándose en los jóvenes, pues los mayores que participan en grupos sociales, le dan un mayor peso a las actividades que ocupen su día. La familia, también es un factor importante, y aunque muchos de los mayores apoyan a sus hijos, ellos no quieren sentirse utilizados para el cuidado de los nietos.

Asimismo, la salud es una de las variables más importantes en la calidad de vida de las personas de acuerdo a González-Celis (2010), no obstante, existen muchas otras que la afectan de manera significativa. Estudios realizados por González-Celis (2010), encontraron variables asociadas con la calidad de vida, las

cuales son: jubilación, espiritualidad, bienestar subjetivo y actitud ante el propio envejecimiento. Particularmente, se identificó que los ancianos que trabajan de manera activa, tenían una mayor calidad de vida que aquellos que estaban jubilados, esto se debe a que las personas jubiladas pierden estatus, reducen su red de apoyo y disminuyen sus ingresos, lo cual afecta las relaciones con las personas cercanas y en la forma de enfrentar los cambios que vienen, afectando todos los niveles de la vida.

En el caso de los enfermos crónicos, la calidad de vida es de suma importancia, ya que valoran las condiciones que proceden de la enfermedad o del tratamiento, cambiando su percepción sobre cómo su situación de vida, su bienestar físico, emocional y social. La salud, es valorada por cada individuo de acuerdo a sus criterios personales, estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y se evalúa de acuerdo a componentes de la persona, de naturaleza físico-biológica (sintomatología general, discapacidad funcional, sueño, etc.); emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración, etc.) y social (situación ocupacional, las relaciones familiares y sociales, recreación, etc.) (González-Celis, Tron y Chávez 2009).

Un factor importante y reconocido para la calidad de vida, afirma Osorio, Torrejon y Vogel, (2008) es el trabajo, especialmente en los adultos mayores de clase media y baja, ya que les permite tener un ingreso extra además de la pensión, y relacionarse con otras personas. Según el nivel socioeconómico, los componentes de la calidad de vida cambiarán. Las personas de clase alta, tienden a realizar actividades recreativas y de ocio. Las personas de nivel medio y bajo, se centran en aspectos económicos, pues se mide en dinero, el acceso a la salud, alimentación, actividades recreativas, etc.

La práctica de actividades instrumentales y de procesos acomodativos de afrontamiento son elementos esenciales para una buena adaptación durante el proceso de envejecimiento. Estos dos elementos significativos determinan la satisfacción en el envejecimiento, y se vinculan a la calidad de vida de los mayores

(Iglesias, Bárcenas, Abella, Galán, 2010). La discapacidad irá afectando la capacidad del sujeto para realizar actividades diarias como el ocio y las relaciones sociales, después las instrumentales que encierran actividades como el uso del teléfono, el manejo de dinero, etc., finalmente se verán disminuidas las actividades básicas tales como vestirse, asearse, o alimentarse (Millán, 2011).

Mejorar la calidad de vida en la vejez depende de la adaptación intelectual, social y afectivo-emocional de los sujetos respecto a las pérdidas y cambios, por medio de los recursos que la persona posea. De esta manera, mantener el bienestar de una persona requiere la reestructuración de su vida en función de las capacidades y limitaciones, organizar en nivel de importancia las metas y adecuar las estrategias para llegar a ellas, acceder a que la vejez es una etapa más de vida a que tienen características propias que se debe de vivir con dignidad.

La prolongación de la vida, reclama políticas socio-sanitarias que intervengan en la población para impulsar estilos de vida saludables que amortigüen los problemas por enfermedades. La salud y el impacto en la calidad de vida han sido numerosasmente estudiadas, además de la influencia de las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física y los servicios que reciben los mayores.

4. Violencia en adultos mayores

La violencia es un fenómeno social que ha formado parte de la experiencia humana casi siempre y, por alguna razón inexplicable, el mundo ha llegado a aceptarla como una parte inevitable de la condición humana y un medio para la supervivencia. Existen diversas formas de violencia contra la sociedad, las cuales pueden dar lugar a problemas físicos, psicológicos y sociales que no necesariamente desembocan en lesión, invalidez o muerte (Egea, 2014).

El maltrato de las personas mayores se remonta a la antigüedad y solamente, hasta fechas recientes, el maltrato de las personas de edad y otras formas de violencia doméstica se han convertido en tema relacionado con la salud pública y la justicia penal (INMUJERES, 2015).

Teniendo en cuenta la explosión demográfica mundial, prevista por expertos, en la cual la población adulta predominará en un futuro cercano, se es imperativo comenzar la difusión de información acerca de esta problemática, pues la prevención es la mejor manera de afrontar el porvenir (Gómez, s/a).

Los adultos mayores son una población vulnerable en la sociedad mundial actual; es una población en rápido crecimiento que ha ido superando las capacidades de la sociedad para lidiar con esta problemática, lo cual ha afectado de manera importante la calidad de vida de este grupo poblacional, pues el maltrato y la violencia se han hecho presentes en países pobres y ricos, así como en distintos niveles sociales (Montero, Vega y Hernández, 2017).

La violencia hacia el adulto mayor es un tema complejo que, al igual que otros conceptos, necesita de una definición amplia y flexible. Esto se debe a que el maltrato hacia los adultos mayores ha sido reconocido de manera tardía y las investigaciones acerca del tema han ido emergiendo progresivamente alertando acerca del tema desde una perspectiva académica (Letelier, 2005).

Aunado a lo anterior, la detección de la violencia o maltrato es muy compleja, pues el acoso se mantiene oculto inclusive por la misma víctima ya que suele suceder en el ámbito privado, desencadenando sentimientos de culpa, miedo y presentarse ante la sociedad como aislado y/o sufrir deterioro cognitivo; por otra parte, los profesionales encargados de estas situaciones no poseen la información, protocolo y tiempo suficiente para poder atender la problemática de la manera adecuada (Carmona, Carvalhal, Vieira, Recio, Goergen, 2017).

Tanto mujeres como hombres están expuestos a sufrir maltrato. Sin embargo, en México no se cuenta con información que permita dimensionar la magnitud de este problema. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, ENDIREH 2017, señala que en México, 15.1% de las mujeres tiene 60 años o más. El 17.3% de ellas sufrió en los últimos 12 meses algún tipo de violencia: emocional (15.2%), económica y patrimonial (6.3%) o física (1.2%). Siete de cada 10 mujeres dependen económicamente de otras personas. Cuatro de cada 10 mujeres cuidan a sus nietas(os) o sobrinos(as). 32.4% de las mujeres ayudan o mantienen económicamente a alguna otra persona. 16.8% de las mujeres tiene alguna enfermedad o discapacidad que les impide desplazarse solas.

Además, las mujeres adultas mayores están expuestas a situaciones de violencia de pareja, lo mismo que el resto de la población femenina: 44.6% de las que están casadas o unidas ha sufrido al menos un incidente de violencia a lo largo de su vida: 24.3% ha sufrido violencia emocional, 26.1% violencia económica, 18.4% violencia física y 10.4% violencia sexual (ENDIREH, 2017).

Por consiguiente, una definición necesaria para englobar el maltrato hacia el adulto mayor y el establecimiento de factores participantes dentro de esta dinámica se hace evidente con el fin de detectar y dar seguimiento a tan compleja problemática.

4.1. Definición

Como se dijo anteriormente, no existe una sola definición acerca del maltrato a las personas adultas mayores, sin embargo existen tres áreas que evidencian la presencia de esta (Gómez, s/a) y con base en estas se parte de distintas perspectivas para definir este fenómeno:

- A) El abandono, el aislamiento, el desamparo, y la exclusión social.
- B) La violación de los derechos humanos, de los derechos legales, y de la salud.
- C) La privación de sus opciones, de su toma de decisiones, de su gestión económica, y de un estatus, así como del respeto.

Además, la aportación de una definición clara y precisa del termino facilitará el desarrollo de herramientas para la detección, la implementación de acciones coordinadas entre distintos sectores implicados, así como la identificación de los factores de riesgo, los cuales tendrán implicaciones en la prevención del maltrato (Iborra, 2005).

Con base en lo anterior, se puede decir que el problema reside en que no existe definición que abarque todos los aspectos presentes en el maltrato, y se debe a que existe una diversidad de valores, actitudes y creencias en cada individuo o grupo, y estas diferencias se hacen evidentes al momento de definir el maltrato a las personas mayores (Giraldo, 2010).

La Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez (INPEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2002 aportaron en la “Declaración de Toronto” una definición consensuada sobre el maltrato de las personas mayores la cual se presenta a continuación: “cualquier acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas, que se producen dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, y que causa daño o angustia a una persona mayor” (Giraldo, 2010, p. 87).

De igual manera, la violencia o maltrato hacia el adulto mayor se puede definir, de acuerdo a la OMS (2016), como “un acto único o repetido que causa daño

o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos e incluye el maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; la violencia por razones económicas o materiales; el abandono; la negligencia; y el menoscabo grave de dignidad y la falta de respeto". Se proyecta que la violencia a los adultos mayores incrementará junto con el incremento de la misma población, por lo tanto es necesaria la atención social a este problema ya que, de lo contrario, no se podrían cubrir las necesidades que esta población requiere.

Por otra parte, Zolotow (2002) lo define como "conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor, que ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad y/o frecuencia para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida y/o violación de los derechos humanos y disminución de la calidad de vida para la persona mayor" (p. 87, como se citó en Letelier, 2005).

Así pues, el IMSS (2013) define el maltrato al adulto mayor como "cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de sus derechos fundamentales del individuo de 60 años y más, el cual puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional" (p. 4).

4.2. Tipos de violencia

Existen diferentes tipos de abuso al adulto mayor y es común que se presenten repetidas veces. Comúnmente, las personas que cometen el maltrato tienen una relación de confianza con el adulto y pueden ser infligidos tanto en el hogar como en instituciones (Organización Mundial de la salud y Organización Panamericana de la Salud, 2017). A continuación se presentan los tipos de violencia o abusos que el IMSS (2013) y otros autores proponen:

- a. *Física*: se define como “el daño o coerción física que causa lesión física o psicológica. Este puede incluir; infligir dolor físico o privar de forma intencionada, por parte del cuidador, de los servicios necesarios para mantener la salud física y mental” Montero, Vega y Hernández (2017, p. 3). Dentro de esta violencia se desprende la violencia o abuso sexual.
- b. *Psicológico*: de acuerdo a Montero, Vega y Hernández (2017, p. 4) se define como “la práctica de infligir angustia mental y sufrimiento, a través de agresiones verbales, insultos, amenazas, infantilización, humillación, así como el irrespeto a la privacidad o a sus pertenencias. El anciano psicológicamente agredido se siente con miedo, apatía y se le dificulta la toma de decisiones. Signos y síntomas de este pueden incluir evasión física, silencio inexplicable, disminución del contacto social, enojo, depresión o pérdida de peso”.
Este tipo de violencia disminuye la identidad, dignidad y autovaloración de la persona mayor (Sirlin, 2008).
- c. *Económico*: la OMS (2002, como se citó en Montero, Vega y Hernández, 2017, p. 4) define abuso económico como “la explotación o uso ilegal o indebido de los fondos u otros recursos de la persona anciana”
De acuerdo a Montero, Vega y Hernández (2017, p.4), “la vulnerabilidad al abuso económico aumenta a medida que disminuye la capacidad financiera, la cual muchas veces afecta a las víctimas de este proceso, sumado a su propensión al deterioro cognitivo y necesidad de asistencia en el manejo de sus bienes”.
- d. *Abandono y/o Negligencia*: se define como “el fallo del cuidador al brindar alimentación, agua, vestimenta, confort, seguridad, acceso a los servicios de salud y protección contra el abuso o explotación. Se manifiesta en pacientes con desnutrición o pérdida de peso, pobre higiene, vestimentas inapropiadas o inadecuadas, mal olor, infecciones a repetición, úlceras por presión, ansiedad o depresión y deterioro clínico inesperado que podría sugerir falta

de suministro de medicamentos o tratamientos” (Montero, Vega y Hernández, 2017, p. 4)

De igual manera Letelier (2005, p. 106) lo define como “deserción o fracaso, intencional (activo) o no intencional (pasivo), de un de un individuo que ha asumido la responsabilidad de proveer custodia física o cuidado a un anciano”.

Se puede manifestar de maneras variadas como no administrar cuidados o supervisión necesaria respecto a alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados, dejar solo a un mayor que no pueda valerse en forma personal, hacer consultas tardías, no tomar medidas para evitar accidentes previsible y prevenible y descuidar el suministro de enseres. También la exclusión forzada o mediante engaño del grupo familiar, el olvido de la persona mayor por parte de la familia y la falta de comunicación regular, entre otros.

El abandono puede ser intencional, el cual sucede cuando el cuidador priva conscientemente al adulto mayor de satisfacer sus necesidades básicas; o involuntario, cuando el cuidador fracasa al satisfacer las necesidades básicas del adulto, resultado de ignorancia o conocimiento inadecuado de necesidades (Sirlin, 2008).

- e. *Sexual*: “Contacto sexual, de cualquier tipo, no consentido con una persona anciana. Puede manifestarse en forma abierta o encubierta mediante gestos, palabras, insinuaciones, caricias, manoseos, exhibición de genitales o violación” (Letelier, 2005, p. 106)

Por su parte, Sirlin (2008) explica que la violencia sexual abarca “el abuso sexual sin consentimiento y por la otra, la negación de la vida sexual, la burla o la actitud peyorativa de la sociedad frente al tema” (p. 45).

- f. *Emocional*: se refiere a “la acción de infligir pena, dolor o angustia a través de acciones expresas verbales o no verbales. Se expresa como insultos, amenazas, intimidación, humillación, ridiculización, infantilización, indiferencia a sus sentimientos, falta de respeto a sus creencias, rechazo a

sus deseos, silencio peyorativo y falta de respuesta a sus consultas en forma intencionada. Genera sentimientos de mayor inseguridad, baja autoestima, invasión de la privacidad, despersonalización y refuerzo de aislamiento” (Letelier, 2005, p. 105)

De acuerdo a Muñoz (2004), dentro de las amplias categorías expuestas anteriormente, se pueden incluir variantes de estas:

- a. Violación de derechos: en este apartado se explica que “todos los adultos poseen derechos inalienables protegidos por las leyes de sus respectivos países (...)” (p. 24). De igual manera, se explica que “la mayoría de los casos de abandono y abusos en los ancianos incluyen alguna violación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que establece derechos básicos en las esferas civil, política, social, económica y cultural” (p. 25).
- b. Violencia medicamentosa: este tipo de maltrato consiste en “la administración de una medicación inadecuada, en un sentido u otro, a través de la ingesta de neurolépticos y demás medicamentos con el fin de conseguir que la persona mayor este siempre tranquila” (p. 25). Asimismo, existe abuso cuando se hay retraso en la administración del medicamento a la persona mayor y el cuidador no sigue las recomendaciones prescritas por el facultativo.
- c. Abuso sexual: este tipo de maltrato suele ser considerado un derivado del maltrato físico y suele abordarse de manera tangencial o se cuestiona su existencia al considerarlo un tema tabú. Finkehor (1986, como se citó en Muñoz, 2004), señala que “el abuso sexual en personas mayores supone una relación asimétrica en la cual el cuidador impone un tipo de conducta al anciano” (p. 25).

Muñoz (2004) lo define como “todo contacto sexual sin consentimiento, incluido la violación, el atentado al pudor y el acoso sexual por parte del encargado de cuidar a una persona mayor (p. 27).

Se puede decir que los autores han llegado a un común acuerdo acerca de la clasificación de malos tratos. No obstante, las clasificaciones anteriores proporcionan una limitación para el reconocimiento del maltrato al adulto mayor en las instituciones, puesto que todas se enfocan al ámbito doméstico.

Por consiguiente, se vuelve necesaria la discriminación de contextos para así identificar y prevenir los posibles maltratos. Touza, Paz y Prado (2009) concuerdan con esta aseveración, proponiendo una clasificación a partir del contexto en el que se produce el maltrato para, subsecuentemente, diferenciar los distintos tipos de maltratos presentes en cada contexto.

De ahí que la clasificación comience separando los malos tratos institucionales de los domésticos. El maltrato institucional se define como “cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o derivados de la actuación individual del profesional o funcionario que conlleve abuso, negligencia, detrimento de la salud, seguridad, bienestar emocional y físico o que viole los derechos básicos de la persona” (Rubio, 2003, p.123, como se citó en Touza, Paz y Prado, 2009, p. 28).

El maltrato institucional es un tipo de maltrato poco investigado, puesto que las investigaciones se ven obstaculizadas al momento de solicitar acceso a las instituciones. Sin embargo, los maltratos institucionalizados requieren ser analizados desde tres distintos niveles: el maltrato que se da entre individuos dentro de una institución, el maltrato que se debe al régimen que opera la institución y el maltrato propiciado por una legislación inadecuada u objetivos erróneos de las políticas sociales (Muñoz y Giménez, 2004; Kingston, 2003, como se citó en Touza, Paz y Prado, 2009).

Por otra parte, dentro del maltrato institucionalizado existen tipologías que en el ámbito doméstico no existen y a continuación se definen (Moya y Barbero, 2005, p. 25, como se citó en Touza, Paz y Prado, 2009, p. 28):

- i. Obstinación diagnóstica: “realización de pruebas diagnósticas, para aumentar el conocimiento sobre la patología o situación clínica de un paciente, sin que se prevea que vaya a tener una traducción posterior en beneficios reales para el mismo”.
- ii. Obstinación terapéutica: “utilización de medios desproporcionados para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con enfermedad reversible o terminal”.

Más aun, existen tipos de maltrato emocional estudiados dentro de las instituciones los cuales a continuación se explican:

- i. Falta de actividad: Aquí se describen estudios como el de Ice (2002, como se citó en Touza, Paz y Prado, 2009), en el cual se encontró que los pacientes empleaban cerca del 65% de su tiempo en ninguna actividad, lo cual es alarmante y se debe mencionar que las personas adultas mayores tienen derecho a desempeñar un papel importante en la sociedad y deben tener acceso a desarrollar actividades sociales, culturales y productivas (Touza, Paz y Prado, 2009)
- ii. Trato infantilizador: sus principales características, propuestas por Salari (2005, como se citó en Touza, Paz y Prado, 2009) son:
 - a. Habla infantilizada: la cual consiste en hablar a las personas mayores como si fueran niños, con contenido simple.
 - b. Actividades infantiles: consiste en presentar a las personas mayores actividades no adecuadas para el rol adulto sino propias de un niños.
 - c. Ambiente infantilizado: la decoración, los materiales, la organización del ambiente físico y las normas son inadecuadas para una persona mayor.
 - d. Conductas de confinamiento: conductas limitantes para las conductas de las personas.

Asimismo, Touza, Paz y Prado (2009) explican el maltrato doméstico y describen las tipologías de maltrato de manera similar a las anteriormente

expuestas. A pesar de ello, se agregan dos tipologías no revisadas previamente: el abuso social, colectivo o del sistema y la manipulación. La primera hace referencia a la discriminación por la edad y a perjudicar la identidad y dignidad de las personas mayores; y la segunda se refiere al poder que utiliza una persona para explotar la confianza, dependencia o el miedo de otra persona más débil para controlar las decisiones que toma y suele ser para un beneficio económico.

4.3. Prevalencia

4.3.1. En el mundo

Según cifras de la OMS (2017), uno de cada 6 ancianos es víctima de algún maltrato, sin embargo, no se visualiza un cambio en el futuro, ya que se espera que aumenten las estimaciones conforme la población envejezca a su vez.

Estadísticas basadas en un estudio realizado en 28 países de diferentes regiones y publicadas en “The Lancet Global Health” (OMS, 2017) desglosan lo siguiente: personas de 60 años o más que han sufrido de maltrato psicológico (16%), abuso económico (6,8%), negligencia (4,2%), maltrato físico (2,6%) o agresiones sexuales (0,9%).

De acuerdo a datos internacionales, se establece una prevalencia global de este tipo de maltrato, específicamente en el ámbito familiar, de entre 3% y el 12% de los mayores de sesenta años (Hernández, 1997). Otros datos recabados en un estudio en España, revelan cifras que oscila entre 4,7% y un 12%, estableciendo una media de prevalencia de 6%, donde además en el 26% al 50% de los casos se pudo identificar más de una forma de maltrato (CELADE, 2012).

Desde una perspectiva mundial, se espera que el maltrato hacia el adulto mayor aumente debido al envejecimiento demográfico y a la imposibilidad de satisfacer todas las necesidades de estos por falta de recursos (OMS 2018).

4.3.2. En México

Existen diversos indicadores sobre los cuales se puede extraer información estadística acerca de la violencia hacia el adulto mayor. Un estudio realizado por Giraldo (2010) presentó una prevalencia de 16.2%. Por su parte, La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2011). Indica que el 17.8% de las mujeres mayores de 60 años habían sido víctimas de al menos un tipo de violencia por parte de su pareja actual.

La violencia en México hacia el adulto mayor se puede percibir a través de distintos factores, por ejemplo, de acuerdo al Instituto Nacional de Salud de Geriatria (2010, como se citó en Dirección General de análisis Legislativo, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la Republica LXII Legislatura, 2014) en el informe sobre la violencia y maltrato hacia el adulto mayor, presenta que las tasas de mortalidad más altas por accidentes y suicidios pertenecen a la población adulta mayor. De igual manera, la falta de ambientes propicios para la movilidad de personas adultas mayores, se puede observar en la tasa de accidentes, la cual fue de 256 muertes por 100 mil habitantes (Dirección General de análisis Legislativo, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la Republica LXII Legislatura, 2014).

La discriminación es otra forma de violencia registrada por la CONAPRED (2010), la cual reportó que 6 de cada 10 personas mexicanas piensan que los derechos de las personas adultas mayores no se respetan en nada o poco. Aunado a lo anterior, 20% de la gente reportó que la opinión de los adultos mayores no debe tomarse en cuenta. La discriminación se hace extensiva a diversos ámbitos como es el laboral, ya que el 91% de las personas expresa que “que es muy difícil conseguir trabajo a su edad”.

La prevalencia de esta problemática es, en gran medida, propiciada por el mismo adulto mayor, pues el 60% señala que siente abandono social debido a que no reciben ayuda a sus problemáticas, sin embargo, el mismo porcentaje de

personas concuerda con la idea de que sus derechos no sean respetados en México.

Es evidente que la misma sociedad tiene una idea errónea acerca de la vejez y acerca de la responsabilidad que la sociedad tiene hacia con este sector poblacional. Se destaca la segregación del adulto mayor aun por los mismos afectados, los cuales no se perciben como iguales o como dignos de respeto y así apoyan a la prevalencia de la problemática en cuestión.

4.4. Víctima y victimario

Para poder dar paso a una explicación acerca de los detalles de lo que implica ser víctima o victimario, se debe dar una definición clara de ambas y, a partir de tal, desglosar sus factores. Para comenzar, víctima “es la persona que padece daño por culpa propia, por culpa ajena o por caso fortuito” (Diccionario Jurídico Mexicano, UNAM – Porrúa, México, 2000, p. 46). Es decir, víctima es la persona que, individual o colectivamente, sufre o tolera un daño o lesión, sea en su persona o en sus derechos humanos como resultado de una conducta que (p. 46):

- Constituye una violación a la legislación penal nacional.
- Constituye un delito bajo el derecho internacional que constituya una violación a los principios sobre derechos humanos reconocidos internacionalmente.
- Que de alguna forma implique un abuso de poder por parte de las personas que ocupen posiciones de autoridad política o económica.

La víctima “puede ser un individuo o colectividad, incluyendo grupos, clases o comunidades de individuos, corporaciones económicas o comerciales, y grupos u organizaciones políticas” (Naciones Unidas Milán 1985, Citado en Manzanera R., Victimología, 4ta. Edición, Ed. Porrúa, México, 1998, p. 57):

- Víctima directa. Víctima a la que va dirigida la agresión inmediata. La persona que sufre o padece de manera directa la victimización.

- Víctima Indirecta. Son aquellas afectadas de la consecuencia mediata de la agresión, repercutiendo en su entorno, ya sea familiar, social o afectivo, por la existencia de una estrecha relación con la víctima directa.

Por otra parte, victimario es “aquel que realiza el daño, el sufrimiento, el padecimiento, agresión, etc.” (Villareal Sotelo, 2013, p.49). De acuerdo a la Enciclopedia jurídica (2014), victimario se define como “sujeto activo de un delito de homicidio o lesiones”.

Partiendo de la diferencia entre ambos conceptos, se pasa a profundizar acerca de las características que definen tanto a uno como a otro. De nuevo, se vuelve evidente que hay distintas perspectivas desde donde percibir a ambos, sin embargo, existe una clasificación más específica tanto para la víctima como para el victimario.

Respecto a las características de las personas mayores hay diferentes puntos de vista acerca de quién es vulnerable. En términos generales, las mujeres mayores son consideradas como más propensas a recibir maltrato (Canadian Panel on Violence Against Women, 1994, como se citó en Kosberg 2005). No obstante, Kosberg (1998, como se citó en Kosberg 2005), sugiere que existen hombres ancianos maltratados que no son vistos ante la sociedad. Asimismo, las personas mayores casadas pueden ser víctimas de maltrato por parte de familiares, así como los mayores que no tienen familiares pueden ser abusados por desconocidos (Kosberg 2005). Se sugiere que la víctima es física, emocional, o económicamente dependiente de otros (Pillemer, 1985; Fulmer, 1990, como se citó en Kosberg 2005); y que presentan deficiencias físicas o mentales relacionadas a la necesidad de cuidado, la cual está relacionada con la carga del cuidador (Kosberg 2005).

Tabla 1.**Perfil de la víctima y del responsable de los malos tratos**

Perfil de la víctima	Perfil del responsable de los malos tratos
<ul style="list-style-type: none"> • Mujer, viuda, mayor de 75 años. • Vive con la familia • Ingresos bajos • Fragilidad • Depende del cuidador para las actividades diarias • Vulnerabilidad emocional y psicológica • Tomar varios fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hijo/a o pareja de la víctima • Con trastorno mental • Consume alcohol y/o drogas • Presenta conflictividad con la persona mayor • Escasa preparación para cuidar y no comprende la enfermedad • Lleva como cuidador más de nueve años

Recuperado de Alguacil, A. I., Lázaro del Nogal, M., Fernández, C., Gutiérrez de los Ríos, C. & Benito, M. A. (2012). Detección en el hospital. En M. Lázaro del Nogal (Ed.), Manual de detección y seguimiento de los malos tratos a personas mayores en instituciones sanitarias. España: Fundación MAPFRE y Diaz de Santos.

Tabla 2.**Indicadores de malos tratos**

Tipos	Indicadores
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier lesión incompatible con el relato o que no ha sido tratada correctamente • Cortes, laceraciones, heridas punzantes • Contusiones múltiples • Hematomas en distintos estadios de evolución • Múltiples fracturas • Lesiones en zonas extrañas del cuerpo

	<ul style="list-style-type: none">• Déficit de higiene cutánea• Pérdida de peso no explicable• Sospecha de errores en la medicación• Alopecia parcheada
Sexual	<ul style="list-style-type: none">• Hematomas en las mamas o áreas genitales• Infecciones genitales o venéreas inexplicables• Sangrados vaginales o anales• Comportamiento sexual desinhibido
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none">• Búsqueda de atención y afecto• Queja de que no cuentan con el anciano para tomar decisiones• Confusión o desorientación• Baja autoestima• Agitación• Cambio de carácter cuando está presente el posible responsable de los malos tratos
Económicos	<ul style="list-style-type: none">• Perdida inexplicable de dinero• Cambios o recientes realizaciones de testamentos• Desconocimiento de la persona mayor de su estado económico
Abandono/negligencia	<ul style="list-style-type: none">• Queja de abandono• Suciedad, olores inadecuados• Ulceras por presión en mal estado• Malnutrición• Deshidratación• Mal cumplimiento terapéutico• Vestido inadecuado• Dejar sola a una persona mayor en un hospital

Recuperado de Alguacil, A. I., Lázaro del Nogal, M., Fernández, C., Gutiérrez de los Ríos, C. & Benito, M. A. (2012). Detección en el hospital. En M. Lázaro del Nogal (Ed.), Manual de detección y seguimiento de los malos tratos a personas mayores en instituciones sanitarias. España: Fundación MAPFRE y Diaz de Santos.

De acuerdo a lo encontrado en la bibliografía, todas concuerdan en que hay cierta feminización en cuanto al maltrato hacia el adulto mayor, ya que las mujeres son las que mejor encajan con el perfil de víctima, pues como indican las estadísticas, las mujeres suelen ser más longevas que los hombres y, por lo tanto al enviudar, la familia suele quedar a cargo de la persona.

Es importante dar cuenta de que en el maltrato no se puede analizar desde una perspectiva sesgada ya que, aunque las características presentadas en el presente trabajo han demostrado que aumentan las probabilidades de que surja esta problemática, se debe aclarar que la violencia, en su raíz, surge del ejercicio de poder (Giraldo, 2010).

5. FACTORES DE RIESGO

Para poder entender el maltrato hacia el adulto mayor, se debe partir de los factores que propician ésta. De acuerdo con la Secretaria de Salud (2015) “existen diversos factores asociados al maltrato de personas adultas mayores, los cuales han sido clasificados según los siguientes niveles: individual, relacional, comunitario y social” y pueden ocurrir en diversos medios, es decir, en el medio familiar o doméstico, en el medio institucional y en el medio social o estructural.

Por su parte, la OMS (2018) expone algunos factores de riesgo clasificados como presentes en el ámbito individual, relacional, comunitario y sociocultural. Dentro del ámbito individual, se encuentran la mala salud física y mental de la víctima, así como el sexo, ya que culturalmente la mujer tiende a ser pasiva. En las relacionales, existen los factores de compartir hogar, dependencia económica, así como la incorporación de las mujeres al mundo laboral ya que en tiempo disponible de todos los familiares se ve reducido y esto aumenta el maltrato. En el comunitario, se puede resaltar primordialmente el aislamiento social, tanto del cuidado como del adulto mayor, lo que resulta en la carencia de apoyo social. Por último, en los socioculturales, se pueden destacar la percepción de la persona adulta mayor como débil y/o frágil, el debilitamiento de vínculos entre generaciones de una familia, así como la migración de los jóvenes.

Dentro de los factores de riesgo, se debe considerar que algunos son atribuibles al abusador (victimario) y otros al abusado (víctima), y, tanto para el actor como del ejecutor, estos factores están relacionados con la edad, el sexo, estado de salud, estado civil, dependencias, convivencia, problemas económicos, historial previo de malos tratos, etc. (Gómez, s/a).

Tabla 3.

Factores de riesgo de la víctima (OMS, 1988, Gómez, s/a)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Más frecuentemente es mujer. |
|--|

- Supera los 75 años.
- Es viuda o separada.
- Tiene severos deterioros funcionales y/o cognitivos.
- Muy dependiente de sus cuidadores para las actividades de la vida diaria (AVD).
- Con molestos fallos cotidianos (incontinencias, agresividad, insomnios...).
- Su principal cuidador es un familiar de edad superior a los 55-60 años.
- Antecedentes de lesiones físicas, a veces recurrentes, detectadas por los servicios sociosanitarios.
- Mala higiene, plurimedicada, incluso malnutrida.
- Gran soledad. No es visitada ni consolada por nadie.

Tabla 4.

Factores de riesgo del maltratador (OMS, 1988, Gómez, s/a)

- Parentesco con la víctima (hijos/as, esposo/a, hermano/a).
- No acepta el papel de cuidador. No asume la responsabilidad que ello conlleva.
- Depende del mayor desde el punto de vista económico.
- La vivienda es de la víctima.
- Consumidor de fármacos, alcohol o drogas.
- Antecedentes psiquiátricos o de alteración de la personalidad.
- Pobres contactos sociales. • Renuncia a ayudas médicas/sociales de la comunidad.
- En las entrevistas suele resultar hostil, suspicaz, irritable.
- Frecuente pérdida de control de las situaciones.
- Historia previa de violencia familiar.
- Estrés derivado de diversas causas (desempleo, problemas económicos y/o familiares, enfermedades crónicas...)

De igual manera, Alguacil, Lázaro del Nogal, Fernández, Gutiérrez de los Ríos & Benito (2012) explican los principales factores de riesgo resumidos en la Tabla 3, los cuales retoman la clasificación respecto a la víctima y al victimario.

Tabla 5.

Factores de riesgo

Asociados a la víctima	Asociados al responsable de los malos tratos
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro físico para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. • Dependencia psíquica. Alteración de las funciones cognitivas. • Dependencia emocional asociada a trastornos del estado de ánimo. • Violencia familiar, sobre todo en cónyuges. • Mujer mayor de 75 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidador desde hace mucho tiempo o con agotamiento. Aislamiento social del cuidador. • Problemas económicos o dependencia económica de la víctima. • Cuidador con estrés. • Abuso de drogas. • Diferentes tipos de trastorno mental. • Cuidador único, inmaduro o aislado.
Asociados al entorno o estructurales	En instituciones
<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza o falta de recursos. • Discriminación de los mayores por la edad. • Imágenes estereotipadas de la vejez como una carga. • Relaciones intergeneracionales deficientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal poco preparado o formado. • Bajos salarios. • Sobrecarga en el trabajo. Escasez de personal. • Estructura física de la institución no adaptada a las necesidades de los mayores.

-
- Incumplimiento de leyes y normas.
 - Escasez de recursos materiales.
 - Normas de funcionamiento inadecuadas.
 - Tendencia a la obstinación diagnóstica y/o terapéutica.
 - Falta de controles e inspección.
-

Recuperado de Alguacil, A. I., Lázaro del Nogal, M., Fernández, C., Gutiérrez de los Ríos, C. & Benito, M. A. (2012). Detección en el hospital. En M. Lázaro del Nogal (Ed.), Manual de detección y seguimiento de los malos tratos a personas mayores en instituciones sanitarias. España: Fundación MAPFRE y Díaz de Santos.

Una clasificación similar es la propuesta por Altamira (2003, como se citó en Adams, 2012, pp. 88), la cual se divide de esta manera:

- Respecto del adulto mayor
 - Edad avanzada.
 - Deficiente estado de salud.
 - Incontinencia.
 - Deterioro cognitivo y alteraciones conductuales.
 - Dependencia física y conductual.
 - Aislamiento social.
- Respecto del cuidador
 - Sobrecarga física con pluri-patologías derivadas de los esfuerzos.
 - Tensión emocional debida a su silenciosa labor.
 - Situaciones de estrés, agravadas por otras causas diversas.
 - Padecer trastornos psicopatológicos.
 - Consumir fármacos, alcohol y drogas.
 - No asumir el papel de cuidador y la responsabilidad que implica.
 - Tener pobres contactos sociales.
 - Cambios inesperados en el estilo de vida y en las aspiraciones o expectativas sociales, personales y laborales.

- Otras obligaciones y responsabilidades (paterno filiales, conyugales, laborales o domésticas).
- Cuidadores que comienzan a manifestar sentimientos de frustración, ira, desesperanza, cansancio, baja autoestima, soledad o ansiedad

Por otra parte, los factores de riesgo, de acuerdo a Pillemer (2005), pueden ser clasificados en tres grupos, los cuales, a su vez, se subdividen en categorías que facilitan la explicación:

1. Factores de riesgo probables: son los que tienen apoyo unánime o casi unánime en diferentes estudios.
 - a. Condiciones de convivencia. La vivienda compartida incrementa las probabilidades de tener situaciones que necesitan contacto, las cuales pueden desencadenar en conflictos y maltratos (Wolf & Pillemer, 1989, como se citó en Pillemer, 2005).
 - b. Aislamiento social. Factor característico de familias con violencia domestica debido a que los comportamientos ilegítimos suelen ser ocultados. Entonces, se tiene la hipótesis de que el maltrato se presenta con menor frecuencia en las familias con fuerte red de apoyo. Lo anterior ha sido comprobado en Lachs y otros (1994, como se citó en Pillemer, 2005) donde se constató que el tener una red pobre de apoyo social incrementaba de manera significativa el riesgo de maltrato.
 - c. Demencia. Existen contradicciones en cuanto a los estudios de la demencia, pues algunos afirman que la demencia si es un factor de riesgo, mientras que otros están en desacuerdo y no consideran que sea un factor discriminante, tanto para los adultos mayores como para sus cuidadores. Compton, Flanagan y Gregg (1997, como se citó en Pillemer, 2005) proponen una explicación, la cual dice que “la conducta disruptiva está relacionada con el maltrato verbal como con el físico, por lo que es posible que el factor de riesgo no sea la

demencia en sí misma, sino los problemas de conducta resultantes de la misma” (p. 74).

- d. Características individuales de los agresores. “Las teorías intraindividuales del maltrato explican las causas del abuso amparándose en algunas características patológicas del agresor, tales como enfermedad mental, características de la personalidad o abuso de alcohol y drogas” (p. 75).
 - e. Enfermedad mental. En esta clasificación existen muchos estudios que concuerdan con el hecho de que hay probabilidades más altas de agredir, si el agresor tiene antecedentes de presentar alguna enfermedad mental. En un estudio comparativo Pillmer y Finkelhor (1989, como se citó en Pillemer, 2005) encontraron que “los agresores tenían mayor probabilidad de haber experimentado hospitalizaciones psiquiátricas que los cuidadores no maltratadores” (p. 75). No obstante, no existían definiciones particulares de enfermedad mental, aunque se encontraron estudios que retoman la depresión como característica de los agresores.
 - f. Hostilidad. Los cuidadores que maltrataban física y emocionalmente a pacientes con Alzheimer presentaban altas puntuaciones en una escala de hostilidad (Quayhagen y otros, 1997, como se citó en Pillemer, 2005).
 - g. Abuso de alcohol. El abuso de alcohol por parte de los agresores se hace evidente en diversos estudios.
 - h. Dependencia del agresor
2. Factores de riesgo potenciales: cuando el apoyo en los diversos estudios es contradictorio o limitado.
 - a. Genero
 - b. Relación entre la víctima y el agresor
 - c. Características de las víctimas
 - d. Raza

3. Factores de riesgo cuestionables: cuando se presupone que aumentan la probabilidad de que suceda el maltrato, sin embargo, no existen pruebas empíricas para sustentarlo.
 - a. Discapacidad física en la persona mayor
 - b. Dependencia de la víctima y el estrés del cuidador
 - c. La transmisión intergeneracional

Con base en lo anteriormente desglosado, se sientan bases para poder atacar los factores propiciantes del maltrato y se puede comenzar a proponer una estrategia de prevención, en la cual los factores de riesgo se vean disminuidos conforme la persona envejece.

6. PREVENCIÓN

El envejecimiento de la población mexicana es inminente y los cambios no solo se harán presentes en la demografía, sino también en la sociedad. Por consiguiente atender las necesidades biológicas, sociológicas y psicológicas se vuelve imperativo.

Hacer visible esta problemática ante la sociedad es un paso inicial para reconocer, tratar y prevenir el maltrato. Con esto, se buscaran soluciones para una sociedad envejecida donde el ámbito legal y moral se haga presente en el rol del adulto mayor. La prevención del maltrato es muy importante en la sociedad actual. Se debe comenzar por una divulgación de la existencia del maltrato a personas mayores, en que consiste, los tipos y factores de riesgo, así como los indicadores de violencia (Ferro, 2011).

De acuerdo a Ferro (2011), explica que “la prevención de estos actos, sean violentos o de negligencia, pueden conseguirse siempre que se conozca el contexto y las circunstancias de aparición de maltrato, eliminando los factores de riesgo y favoreciendo un ambiente adecuado y el apoyo necesario para el anciano y sus cuidadores (p. 125).

Debido a que el maltrato hacia el adulto mayor es un problema recientemente reconocido, parece lógico que la capacitación de los profesionistas sea relativamente nueva. Es por esto que el interés de conocer más acerca del tema propicio la conformación del “Grupo de trabajo interinstitucional de atención y prevención de la violencia contra las personas adultas mayores” en el 2005 en la Ciudad de México (SEDESO, IAAM e Instituto para la atención de los adultos mayores de la Ciudad de México, s/a).

Posteriormente en el 2009 se retoma el trabajo iniciado por el “Grupo de trabajo interinstitucional de atención y prevención de la violencia contra las personas adultas mayores” y se logra un diagnóstico de servicios para personas adultas mayores, capacitar a servidores públicos y se crea el “Programa de Prevención y

Derechos Humanos” de la PGJDF con el fin de formalizar las estrategias propuestas (SEDESO, IAAM e Instituto para la atención de los adultos mayores de la Ciudad de México, s/a).

De igual manera, “en 2010 se crea la “Agencia Especializada para las Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar” y la “Línea Plateada del Consejo Ciudadano de Seguridad Pública y Procuración de Justicia del D.F.” con una atención especializada para personas adultas mayores y articulada entre las instancias que las atienden, con una vinculación estratégica con la Comisión de Derechos Humanos del D.F.” (SEDESO, IAAM e Instituto para la atención de los adultos mayores de la Ciudad de México, s/a).

Ahora, especificando las acciones que se deben de poner en práctica, la prevención se puede clasificar de la siguiente manera (Dirección de Atención Geriátrica, s/a):

- Como profesionalista: Estar informado para poder identificar el maltrato y sus diversificaciones, así como sus repercusiones en el adulto mayor, buscar capacitación, fortalecer el apoyo con asociaciones y/o instituciones públicas y/o privadas especializadas en violencia, conocer instituciones legales y los procedimientos jurídicos e identificar grupos de ayuda para canalización de la víctima y familiares.
- Como adulto mayor: Estar informado sobre el maltrato y sus repercusiones a nivel emocional y físico, solicitar orientaciones por parte del personal de salud, estar involucrado en los programas de envejecimiento activo e integración social y estar comprometido a mejorar el mismo autocuidado.

7. CONCLUSIÓN

A manera de conclusión, se puede decir que la violencia hacia el adulto mayor en México es el reflejo de diversas problemáticas en el país. El problema se remonta a las variaciones demográficas que se han venido presentando desde la Revolución Mexicana, las cuales comienzan a ver sus repercusiones en la sociedad actual, donde el desarrollo digno de las personas se ve lejano como consecuencia de los servicios de salud carentes.

Otra secuela de lo antes mencionado, es la creciente esperanza de vida de la mano con el decremento de la calidad de vida, es decir, las personas adultas mayores vivirán más años pero, probablemente, con mayores enfermedades físicas y/o mentales, las cuales no podrán ser atendidas debido a las limitaciones que tendrán las instituciones de salud.

Cabe mencionarse, que aunado a esto, las políticas sociales deben evolucionar a paso acelerado, pues actualmente la población envejecida en México no está asegurada socialmente y, aunque hay ayudas gubernamentales enfocadas a solucionar este problema, la mayoría de los adultos mayores mexicanos se encuentran en un nivel socioeconómico bajo.

Por otra parte, se encuentra la percepción social referente a la vejez, pues esta ha influenciado en la actitud que se tiene frente a esta población en particular, pues la percepción de inutilidad y/o carga para la familia y la sociedad promueve la segregación de esta.

Aún más, la dependencia de los adultos mayores de la atención de su victimario en cualquier nivel, potencializa el riesgo de ser maltratado. Por lo tanto se vuelve un desafío convertir a esta población en autosuficiente, erradicando los factores de riesgo que pudieran afectar al adulto mayor. Ahora la detección de factores de riesgo es un punto clave, ya que permite dimensionar la violencia, con el fin de intervenir o minimizar las consecuencias que esta podría causar.

Asimismo, la identificación del maltrato hacia los adultos mayores no ha sido fácil, debido al encubrimiento por parte de la familia y del mismo adulto mayor, por lo que contar con profesionales capacitados para la detección de violencia para poder denunciarlo de manera oportuna y brindar apoyo y orientación en caso de necesitarlo, se ha vuelto imperativo.

De igual manera, como población mexicana, debemos reconocer que es una problemática social para así invertir en la habilitación de lugares de denuncia y seguimiento. Como problema social, también se debe difundir y reflexionar acerca del tema, con el fin de integrar y fortalecer las redes de apoyo como parte de una estrategia en contra del abuso, maltrato y violencia hacia las personas adultas mayores.

El maltrato es y será siempre sinónimo de inequidad. En cuanto al envejecimiento el tema debe abordarse de manera estratégica y de responsabilidad social, considerando que todos estamos envejeciendo.

8. PROPUESTAS DESDE LA PSICOLOGÍA

La revisión bibliográfica presentada en el actual trabajo expone que México tiene vulnerabilidades específicas, a las cuales no se ha correspondido adecuadamente por parte del gobierno y la sociedad en general. Si bien, el envejecimiento acelerado de la población es un problema presente en toda Latinoamérica, es cierto que se deben implementar estrategias que den respuesta a la problemática en nuestro país.

Primeramente, la transición demográfica de México da cuenta contextual de la sociedad actual mexicana, por un lado, y por el otro, expone las implicaciones económicas, sociales y de salud. Asimismo, la misma transición, encaminada hacia el envejecimiento, empieza a hacer presente los cambios epidemiológicos, pues las enfermedades crónico-degenerativas son prevalentes en el país.

Por otra parte, la dificultad para realizar actividades diarias se encuentra presente en la población, la cual conlleva a la dependencia funcional (Dorantes, Ávila, Mejía y Gutiérrez, 2007) y esta, a su vez, dificulta la atención y la intervención del sector salud. Además, se resalta la importancia y necesidad del apoyo informal por parte de familiares, puesto que los servicios de instituciones de salud no cubren con las demandas actuales del adulto mayor. Es así que la implementación de estrategias para cubrir estas necesidades, así como el bienestar se vuelve primordial.

Otro aspecto importante, es el hecho de que los costos de atención médica incrementan conforme las enfermedades crónicas prevalecen y realmente no se tiene noción de gastos en servicios de salud para la población adulta mayor, ni la infraestructura, ni los recursos humanos especializados, lo cual dificulta la estimación de parámetros para proyecciones a mediano y largo plazo.

Con base en lo anterior, queda expuesto un futuro no prometedor para la población envejecida, y todo se resume en que se necesita una acción inmediata para poder lograr un bienestar y una vejez con calidad de vida. No cabe duda que

el papel de la sociedad debe, o debería, tomar protagonismo y relevancia a partir de esta perspectiva. Gutiérrez y Caro (2015), proponen las siguientes acciones de cambio: a) Modificar la idea de pasividad, aislamiento y dependencia que se tiene hacia la persona envejecida promoviendo la autonomía; b) Proponer una perspectiva de edad “lo cual permitirá reorientar una mayor cantidad de recursos y perfilar la implementación de programas y acciones complementarios en menor tiempo” (p. 333); c) Analizar el desempeño, la capacidad de resolución de problemas y logro de objetivos de las políticas públicas en las instituciones, con el fin de verificar todo lo anterior; d) Estimular a la comunidad, en particular a la familia, para responder ante las necesidades del adulto mayor.

Por su parte, la OMS (2018), se encuentra en la elaboración de una “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud”, la cual tiene como base los datos del “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” tomando como fundamento cinco ámbitos primordiales:

- El compromiso con un envejecimiento saludable, donde existan medidas sostenibles que potencialicen las capacidades de las personas mayores.
- Alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores, ya que se pretende proponer una atención sanitaria universal, integral centrada en la persona.
- El establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica, incluyendo cuidados paliativos, para reforzar la cobertura sanitaria universal y afrontar las enfermedades no transmisibles.
- La creación de entornos adaptados a las personas adultas mayores, con el fin de erradicar la discriminación por edad, propiciar la autonomía e incentivar el envejecimiento saludable.
- La mejora de mediciones, el seguimiento y la comprensión, ya que la investigación necesita enfocarse a la problemática, se necesitan nuevos parámetros de medición, así como métodos analíticos. Todo esto se puede ver apoyado con la información y estadísticas que la OMS provee.

Complementando, se debe partir de cuatro principios básicos retomados del “Plan de Acción regional de la Organización Panamericana de la Salud” (Organización Panamericana de la salud, 2014) y el “Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud de la Organización Mundial de la Salud” (OMS, 2015):

- a) Diversidad: Se debe tomar en cuenta personas enfermas y sanas, dependientes e independientes, así como las diferencias de género. También, se debe tomar en cuenta la multiculturalidad.
- b) Reducir la inequidad: Encontrar los determinantes sociales y de otros tipos que incrementan las condiciones de vulnerabilidad. Es importante promover la salud y cambios en el estilo de vida, invertir en prevención y promoción de la salud es más redituable que restaurar la salud perdida. Las intervenciones preventivas tempranas y sostenidas a lo largo del curso de la vida contribuirán a mejorar la salud al envejecer y a diferir la dependencia funcional.
- c) Autonomía: Las personas adultas mayores conforman un capital social de gran valor; su adecuada inclusión en la sociedad, así como el reconocimiento y ejercicio pleno de sus derechos, propiciará la generación de modelos de atención y políticas públicas incluyentes y sustentables.
- d) Propiciar el envejecimiento en el lugar apropiado.

A continuación se enlistan diferentes propuestas que debían tomarse en cuenta para un desarrollo pleno del adulto mayor en su entorno:

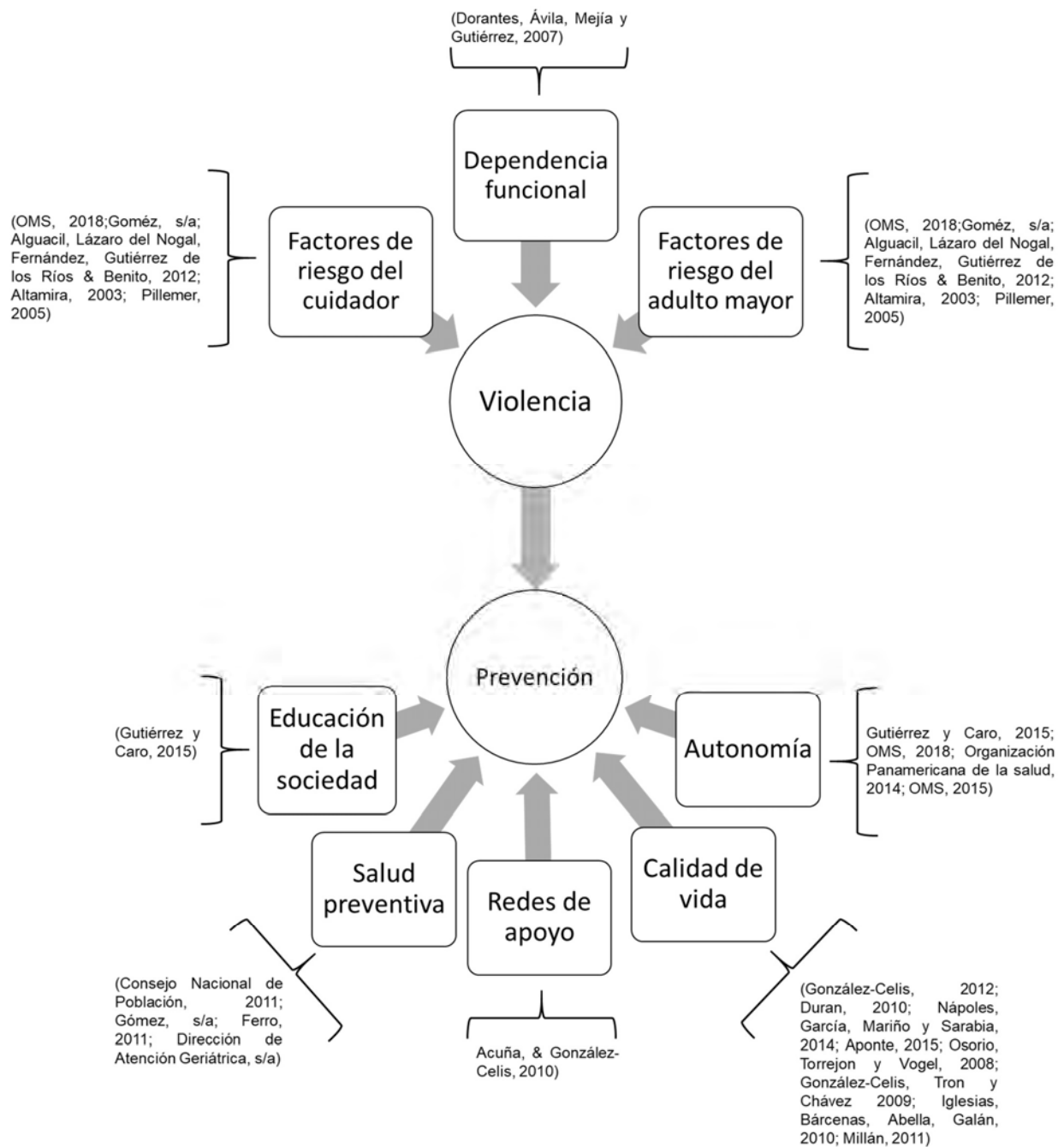
1. Es necesario garantizar el acceso universal y equitativo de la población a una atención integral, es decir, salud física y mental, episodios agudos, cuidados crónicos, paliativos y de rehabilitación, actividades de promoción y prevención.
2. Promover un trabajo cooperativo entre profesionales prestadores de servicios de salud.
3. Promover un enfoque comunitario y participativo de la atención y la gestión de los servicios.

4. En cuanto a los programas de salud y prevención, se debe orientar a un enfoque multidimensional para poder intervenir oportunamente y de manera adaptada a las necesidades de la persona en cuestión, así como la oportuna identificación de las situaciones de riesgo social y ambiental.
5. Mayor inversión en promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad y de la dependencia funcional, desde todos los canales sociales posibles, incluido el primer nivel de atención y los medios de comunicación masiva.
6. Poner en marcha programas de promoción, servicios de prevención y diagnóstico oportuno en el ámbito de la atención primaria de la salud con esta orientación, mucho antes de que comience el envejecimiento.
7. Reformular el concepto de “envejecimiento” como carga y como déficit, que prevalece aún en la sociedad mexicana, para destacar la participación presente de las personas mayores en los ámbitos social, económico, cultural y cívico.
8. La promoción y protección de los derechos humanos de las personas mayores.
9. En el muy corto plazo, formar y capacitar a los profesionales de la salud necesarios para la atención y el cuidado de las personas mayores.

En resumen, la sociedad debe tomar un papel determinante acerca del futuro de la población envejecida y esto solo podrá suceder si se implementa un sistema de prevención que proponga erradicar los factores de riesgo, tanto del adulto mayor como del cuidador, así como la dependencia funcional promoviendo la autonomía plena del adulto mayor, de la mano con una salud preventiva y calidad de vida a lo largo de su vida, una educación de la sociedad completa acerca del proceso de envejecimiento y el fortalecimiento de las redes de apoyo entorno a los adultos mayores (Figura 1).

Figura 1.

Componentes intervinientes en el maltrato hacia el adulto mayor (Autoría propia, 2018)



REFERENCIAS

- Acevedo, J., Trujillo, M. A. & López, M. L. (2012). Envejeciendo "dignamente": Una mirada hacia las condiciones de vida del adulto mayor. México: Plaza y Valdez.
- Acuña, M. (2012). Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México, Distrito Federal.
- Acuña, Ma. del R. & González-Celis, A. L. (2010) Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2(2), p. 71-81. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2822/282221720007.pdf>
- Adams, Y. (2012). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado realidad e invisibilidad. *Rev. Med. Clin. Condes*. 23(1), p. 84-90
- Alguacil, A. I., Lázaro del Nogal, M., Fernández, C., Gutiérrez de los Ríos, C. & Benito, M. A. (2012). Detección en el hospital. En M. Lázaro del Nogal (Ed.), Manual de detección y seguimiento de los malos tratos a personas mayores en instituciones sanitarias. España: Fundación MAPFRE y Diaz de Santos
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu: *Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*. 13(2), pp. 152-182. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf>
- CELADE. (2012) Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100.
- CONAPRED (2010). Enadis. Recuperado de http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=424&id_opcion=436&op=436

- Consejo Nacional de Población. (2011). Diagnostico socio-demográfico del envejecimiento en México: Serie documentos técnicos. México: Secretaria de Gobernación. Recuperado de http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Envejecimiento_F_14oct11.pdf
- Dirección de Atención Geriátrica. (s/a). Prevención del Maltrato hacia las personas adultas mayores. México: SEDESOL e INAPAM. Recuperado de http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Prevencion_maltrato_hacia_PAM.pdf
- Dirección General de análisis Legislativo, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la Republica LXII Legislatura, (2014). Situación de los adultos mayores en México: salud, violencia y discriminación, 50, p. 1-27.
- Dorantes, G., Ávila, J.A., Mejía, S. y Gutiérrez, L. M. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 22(1), p. 1-11.
- Dulce E. y Uribe, C., (2002). Psicología Del Ciclo Vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 17-27. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf>
- Durán, M. M. (2010). Bienestar Psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, 1(1), 71-84
- Egea Garavito, G. (2014). Violencia filio – parental: De víctima a victimario. *Psicología desde el Caribe*. 31, 3, p. 7-12
- Enciclopedia jurídica (2014). Recuperada de <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/v%C3%ADctima/v%C3%ADctima.htm>
- Ferro, J. M. (2011). Maltrato al anciano: consideraciones legislativas y criminológicas. España: Formación Alcalá.

- Giraldo, L. (2010). Maltrato de personas mayores. *Medigraphic*. 5(2), pp. 85-91. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102f.pdf>
- Giraldo, L. (s/a). Violencia y Maltrato hacia las personas adultas mayores en México: Resultados para la generación de políticas públicas; ENDIREH 2011 y Estadísticas Vitales sobre Mortalidad (1990-2010). Foro envejecimiento y Salud Investigación para un plan de acción. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/foro/FS_VIOLENCIA_MALTRATO.pdf
- Giraldo, L. (2010) El maltrato de personas adultas mayores: una mirada desde la perspectiva de género. *Revista Debate Feminista*. 21(42), p. 151-165.
- Gómez, F. (s/a). El maltrato a las personas mayores. *Enlace en Red. Semana 23*. Recuperado de http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/enlace23_26_31maltratoppmm.pdf
- Gómez, J. A. (2014). La calidad de vida y el tercer sector: nuevas dimensiones de la complejidad. *Boletín CF+ S*, (3)
- Gómez-Cabello, A., Vicente Rodríguez, G., Vila-Maldonado, S., Casajús, J. A., & Ara, I. (2012). Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutrición hospitalaria*, 27(1), p. 22-30.
- González-Celis A., Tron R., Chávez M. (2009) Evaluación de calidad de vida a través del WHOQOL en población de adultos mayores en México. México: Universidad Nacional Autónoma de México Facultad De Estudios Superiores Iztacala.
- González, K. D. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. En CONAPO (Ed.) La situación demográfica en México.

- González, M. (2007). Los retos de la tercera edad: Nuevas oportunidades. México: Trillas.
- González-Celis, A. (2012). La autoeficacia en las actividades cotidianas. En L. M., Gutiérrez-Robledo y D. Kershenobich-Stalnikowitz [Coords.]. Envejecimiento y Salud una propuesta para un plan de acción. México: Academia Nacional de Medicina de México. Academia Mexicana de Cirugía, A. C. Instituto de Geriátrica. Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 179-191.
- González-Celis, A. L. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. Instituto de Geriátrica. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/146136051/Calidad-de-Vida-en-El-Adulto-Mayor>
- Gutiérrez, L. M. y Caro, E. (2015). En L. M., Gutiérrez-Robledo y D. Kershenobich-Stalnikowitz [Coords.]. Envejecimiento y Salud una propuesta para un plan de acción. México: Academia Nacional de Medicina de México. Academia Mexicana de Cirugía, A. C. Instituto de Geriátrica. Universidad Nacional Autónoma de México, p. 321-350.
- Ham Chande, R. (2003). El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México: Porrúa.
- Hernández Z. (1997). Variables condicionantes en la calidad de vida de personas de tercera edad. *Revista de Psicología Iberoamericana*, 2, p. 23-32.
- Hernández, L. A. & Peña, J. A. (2007). Manual práctico de la tercera edad. México: Trillas.
- Huenchuan, S. y Rodríguez-Piñero, L. (2010) Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Iborra, I. (2005). Concepto y tipos del maltrato de personas mayores. En I. Iborra (Ed.), *Violencia contra personas mayores*. España: Ariel.

- Iglesias, J., Bárcena, C., Abella, V., & Galán, I. (2010). Premisas para la elaboración de una herramienta para valorar la calidad de vida en las personas mayores. *Gerokomos*, 21(2), 56-61. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3227583>
- IMSS (2013). Guía de práctica clínica: Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor. Dirección de Prestaciones Médicas: México. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/057GRR.pdf>
- INAPAM. (2011). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. . (# publicación). Recuperado de <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-PAM-Accss.pdf>
- INEGI (2011). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2011/>
- INEGI (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf
- INEGI. (2012). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. México. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2848&ep=103>
- Lacub, R. & Sabatini, B. (2007). Psicología de la mediana edad y vejez. Argentina: Ministerio de desarrollo social y Facultad de psicología Universidad Nacional de Mar del Plata. Recuperado de http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/psicologia_medianaedad.pdf

- Letelier, A. (2005). Maltrato en la Vejez. *Revista de Psicología*. 14(1), pp. 99-112. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/264/26414108.pdf>
- Millán, J. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galena de Economía*, 20, 1-13. Recuperado de https://www.usc.es/econo/RGE/Vol20_ex/castelan/art5c.pdf
- Montero, G., Vega, J. C. y Hernández, G. (2017). Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor. *Medicina Legal de Costa Rica*. 34(1), pp. 1-11. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/1409-0015-mlcr-34-01-00120.pdf>
- Muñoz, J. (2004). Maltrato y negligencia en personas mayores. En J. Muñoz (Ed.), *Personas mayores y malos tratos*. Madrid, España: Pirámide.
- Mysyuk, Y., Westendorp, R. G. J. & Lindenberg, J. (2013). Added value of elder abuse definitions: a review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 50-57.
- Naciones Unidas Milán 1985, Citado en Manzanera R., *Victimología*, 4ta. Edición, Ed. Porrúa, México, 1998, p. 57
- Naciones Unidas, CELADE & CEPAL (2011). Los derechos de las personas mayores, Modulo 3: Las normas y políticas regionales y nacionales sobre las personas mayores. Chile: Naciones Unidas. Recuperado de https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/5/43685/Modulo_3.pdf
- Nápoles, N. E., García, M. M., Mariño, M. G., & Sarabia, M. M. (2014). Enfermedad periodontal en la tercera edad. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 10(1).
- Nava, I., Ham, R. & Ramírez, B. (2016). Seguridad económica y vejez en México. *Revista Latinoamericana de Población*, 10(19), pp. 169- 190.
- OMS (2015). Envejecimiento y salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. USA: OMS.

- OMS (2017). Aumenta el maltrato a las personas de edad: según la OMS, afecta a uno de cada seis ancianos. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/detail/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>
- OMS (2017). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OMS (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- OMS (2018). Maltrato de las personas mayores. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- OMS. (2016). Maltrato de las personas mayores. (Lugar) Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2017). Maltrato a las personas mayores: El papel del sector sanitario en la prevención y en la respuesta. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/elder_abuse/WHO_EA_SPANISH_2017-06-13.pdf
- Organización Panamericana de la salud (2014). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Washington, DC: OPS.
- Osorio, P., Torrejon, M., Vogel, N. (2008). Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. *Revista de psicología*, 17 (1), 101-108. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26412982005>
- Partida, V. (2005). La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México, *Papeles de Población*, 11(45), p. 9-27.

- Pérez, C., Malagón, J. y Amador, L. (2006). Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida. España: Dykinson.
- Pillemer, K. (2005). Concepto y tipos del maltrato de personas mayores. En I. Iborra (Ed.), *Violencia contra personas mayores*. España: Ariel.
- Ramírez, T. (2010). El efecto de la Migración en el Envejecimiento Demográfico en investigación sobre el envejecimiento y la gerontología. 347-358 (348-352). México: Instituto de Geriatria.
- Ramos, J., Meza, A. M., Maldonado, I., Ortega, M. P. & Hernández, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*. (11), 47-56. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Rejda, G. (2012), *Social Insurance and Economic Security*, Armonk, ny: M. E. Sharpe.
- Rodríguez, J. M. (2014). Violencia contra las personas adultas mayores. Tema a considerar en el Día Internacional de las Personas de Edad. *DH Magazine*. 7(78), pp. 2-5. Recuperado de <http://www.codhem.org.mx/LocalUser/codhem.org/infantil/dhs/dh78.pdf>
- Rodríguez, K. (2011). Vejez y Envejecimiento. Colombia: Universidad del Rosario. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf
- Rubio, D. Y., Rivera, L., Borges, L. & González, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Varona*. 61(2), p. 1-7. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
- Secretaria de Salud. (2015). *Violencia y Maltrato hacia las personas adultas mayores*. México, Distrito Federal. Recuperado de

http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu5/envejecimiento_abuso.html

SEDESO, IAAM e Instituto para la atención de los adultos mayores de la Ciudad de México (s/a). Prevención de la violencia. Recuperado de <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/soy-persona-mayor/prevencion-de-la-violencia/14-el-adulto-mayor>

SEDESOL (2010). Por una cultura del envejecimiento. México: INAPAM. http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf

Sirlin, C. (2008). Violencia, maltrato y abuso en la vejez: Una realidad oculta, una cuestión de derechos. *Asesoría General en Seguridad Social*. 20(1), p. 37-61. Recuperado 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

Touza, C., Paz, M. & Prado, C. (2009). ¿Qué entendemos por maltrato hacia las personas mayores? En C. Touza (Ed.), *Personas mayores en riesgo: detección del maltrato y la autonegligencia*. España: Pirámide.

Tuesca Molina, R. (2012). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 21.

Victoria, C. (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 8(2), p. 1-20. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/viewFile/19260/18262>

Villareal Sotelo, K. (2013). La víctima, el victimario y la justicia restaurativa. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*. 7, 1.

Watanabe, B. Y. A. (2014). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.