

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
División Académica Ciencias de la Salud



**INVISIBILIDAD. UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DEL
ADULTO MAYOR EN TABASCO**

**Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en Medicina Familiar**

**Presenta:
MAYRA ALEJANDRA CHABLE REYES**

Director(es):

**Dra. en Cs María Isabel Avalos García
Dr. Anwar Francisco Magaña Carrada
Dra. en Cs Silvia María Guadalupe Garrido Pérez**

Villahermosa, Tabasco

Marzo 2021



Of. No. 0186/DACS/JAEP
15 de febrero de 2021

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Mayra Alejandra Chablé Reyes
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez, Dra. María Luisa Castillo Orueta, Dr. Nicomedes de la Cruz Damas, Dr. Manlio Fabio Tapia Turrent, Dra. María Cruz Jiménez de la Cruz, impresión de la tesis titulada: **"Invisibilidad, una mirada desde la perspectiva del adulto mayor"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde funge como Directora de Tesis la Dra. Cs. María Isabel Avalos García.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

- C.c.p.- Dra. En C.s. María Isabel Avalos García- Directora de Tesis
- C.c.p.- Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez.- sinodal
- C.c.p.- Dra. María Luisa Castillo Orueta.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Nicomedes de la Cruz Damas.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Manlio Fabio Tapia Turrent.- Sinodal
- C.c.p.- Dra. María Cruz Jiménez de la Cruz.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MCE'XME/mgcc*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:00 horas del día 02 del mes de marzo de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Invisibilidad, una mirada desde la perspectiva del adulto mayor en Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Chablé	Reyes	Mayra Alejandra
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

1	8	1	E	5	0	0	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

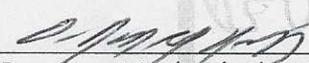
Aspirante al Diploma de:

Especialista en Medicina Familiar

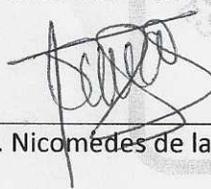
Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

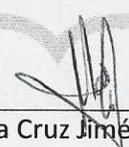

 Dra. Cs. María Isabel Ávalos García
 Directores de Tesis


 Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez


 Dra. María Luisa Castillo Orueta


 Dr. Nicomedes de la Cruz Damas


 Dr. Manlio Fabio Tapia Turrent


 Dra. María Cruz Jiménez de la Cruz



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 08 del mes de febrero del año 2021, el que suscribe, **Mayra Alejandra Chablé Reyes**, alumna del programa de la **Especialidad en Medicina Familiar**, con número de matrícula 181E50005 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Invisibilidad, una mirada desde la perspectiva del adulto mayor en Tabasco"**, bajo la Dirección de la Dra. en CS María Isabel Avalos García, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: alejandra_8923@hotmail.com Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Mayra Alejandra Chablé Reyes

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

AGRADECIMIENTOS

A Dios quien me ha permitido concluir esta especialidad, en este camino que él me ha regalado en mi profesión, por la vida que me ha dado y las fuerzas para poder lograrlo.

A mis padres, hermanos y amigos por apoyarme y estar siempre para mí.

A la Dra. María Isabel Ávalos, por su apoyo incondicional y por siempre creer en mí, por su paciencia y la experiencia que me deja en la realización de esta tesis.

A todos mis profesores y compañeros de residencia, por transmitirme sus conocimientos, sugerencias y el ánimo a no rendirme.

En especial a cada uno de los trabajadores del CESSA Tierra Colorada que desde un inicio me apoyaron y con quienes compartí tantas experiencias en estos tres años.

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a mis padres Armando y Ana María, que con esfuerzo y amor me dieron la educación necesaria, que han sido los pilares en mi vida, quienes confían ciegamente en mí y me alientan en todo momento. Gracias por enseñarme el significado de la responsabilidad y hacerme saber que todo en esta vida con dedicación y esfuerzo se puede lograr, por hacerme una mujer fuerte e independiente. Gracias por sus dobles esfuerzos para apoyarme en mi carrera, en esta especialidad y en lo demás de mi vida. Los amo con todo mi corazón.

A mis hermanos por apoyarme y por estar siempre a mi lado.

A mis profesores del Cessa Tierra Colorada, en especial a la Dra. Rosa María, Dr. Anwar y Dra. Guadalupe Paz por ser mis consejeros, por esa tenacidad y paciencia para transmitir sus conocimientos, en ser guías fundamentales para el abordaje en la consulta médica y pilares para la culminación de la especialidad.

A mis amigos y primos por acompañarme siempre y alentarme a continuar. Gracias por sus buenos deseos.

Y sin duda a Dios por haberme regalado una segunda oportunidad de vida y permitirme estar en donde estoy el día de hoy.

INDICE

	AGRADECIMIENTOS	2
	DEDICATORIAS	3
	INDICE DE TABLAS Y CUADROS	6
	RESUMEN	7
	ABSTRACT	8
	GLOSARIO DE TERMINOS	9
	ABREVIATURAS	10
1	INTRODUCCIÓN	11
2	MARCO TEÓRICO	13
	2.1 El Adulto Mayor generalidades (demografía en mundo, México y Tabasco).....	13
	2.2 el adulto mayor y el núcleo familiar.....	15
	2.3 Abordaje de médico familiar en la detección del abandono en el adulto mayor.....	18
	2.4 Maltrato como Invisibilidad en el adulto mayor.....	20
	2.5 Maltrato en el adulto mayor.....	22
	2.6 Calidad del Envejecimiento.....	23
	2.7 Estudios Relacionados.....	24
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
4	JUSTIFICACION	35
5	OBJETIVOS	37
	5.1 Objetivo General.....	37
	5.2 Objetivos Específicos.....	37
6	MATERIAL Y MÉTODOS	37
	6.1 Tipo de investigación.....	37
	6.2 Población, muestra y muestreo.....	37

6.3	Tamaño de la muestra.....	37
6.4	Criterios de selección.....	37
6.5	Criterios de inclusión.....	38
6.6	Criterios de exclusión.....	38
6.7	Método de recolección de datos.....	38
6.8	Análisis de datos.....	39
6.9	Consideraciones éticas.....	39
7	RESULTADOS	41
8	DISCUSIÓN	50
9	CONCLUSIONES	54
10	RECOMENDACIONES	55
11	ANEXOS	58
12	BIBLIOGRAFÍA	61

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Nombre	Página
Figura 1. Nube de palabras representativas de las perspectivas de los ancianos respecto al apoyo familiar	42
Figura 2. Nube de palabras representativas de las perspectivas de los ancianos ante los servicios de salud que reciben	44
Figura 3. Nube de palabras representativas de las perspectivas de los ancianos respecto al entorno y la sociedad.	45
Figura 4. Nube de palabras de las perspectivas de los ancianos de todas las categorías de percepción valoradas.	46
Tabla 1 características sociales y demográficas	47
Tabla 2 Estructura familiar de los adultos mayores	48
Tabla 3 Funcionalidad familiar de los adultos mayores	48
Figura 5. Proceso de invisibilidad en los adultos mayores	49

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar las perspectivas del adulto mayor acerca de las condiciones sociales, familiares y sanitarias que intervienen en la invisibilidad.

MATERIAL Y METODO: Se realizó investigación cualitativa, de tipo exploratoria en 10 adultos mayores usuarios de un centro de salud y miembros de una asociación civil de Villahermosa, Tabasco. Para obtener las perspectivas de los adultos mayores sobre las condiciones que intervienen en la invisibilidad, se trabajó con dos grupos focales, se utilizó guía de entrevista con preguntas detonadoras. Para el análisis de los datos cualitativos, se empleó el software MAXQDA versión 12.

RESULTADOS: El fenómeno de invisibilidad en la familia y la sociedad se manifiesta mediante el abandono, el maltrato verbal basado en malas palabras, como insultos, humillación, falta de respeto, regaños y burla. Llegando en menor medida a la agresión física a través del zarandeo. En cuanto a la asistencia sanitaria los informantes expresaron que no les otorgan medicamentos y los hacen esperar prolongados espacios de tiempo. Los efectos emocionales provocados por la invisibilidad son sentirse ignorados, olvidados y enojados al punto de llegar al llanto y la tristeza.

CONCLUSIONES: Las perspectivas de los adultos mayores permiten concluir que el maltrato es una de las manifestaciones de invisibilidad que sufren en tres aspectos de su vida: el núcleo familiar, la sociedad y la asistencia sanitaria.

La invisibilidad es un desafío y una prioridad para las instituciones sociales y de salud, ya que produce una herida psicológica y moral que debe detectarse oportunamente para lograr un envejecimiento exitoso.

Palabras Claves: Adulto mayor, maltrato, invisibilidad

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the perspectives of the elderly about the social, family and health conditions that intervene in invisibility.

MATERIAL AND METHOD: A qualitative, exploratory research was carried out in 10 elderly users of a health center and members of a civil association in Villahermosa, Tabasco. To obtain the perspectives of the elderly on the conditions that intervene in invisibility, we worked with two focus groups, an interview guide with triggering questions was used. For the analysis of qualitative data, MAXQDA version 12 software was used.

RESULTS: The phenomenon of invisibility in the family and society is manifested through abandonment, verbal abuse based on bad words, such as insults, humiliation, lack of respect, scolding and ridicule. Coming to a lesser extent to physical aggression through shaking. Regarding health care, the informants expressed that they do not give them medication and make them wait for long periods of time. The emotional effects caused by invisibility are feeling ignored, forgotten and angry to the point of crying and sadness.

CONCLUSIONS: The perspectives of the elderly allow us to conclude that abuse is one of the manifestations of invisibility that they suffer in three aspects of their lives: the family nucleus, society and healthcare.

Invisibility is a challenge and a priority for social and health institutions, since it produces a psychological and moral wound that must be detected in a timely manner to achieve successful aging.

Key Words: Elderly, abuse, invisibility

GLOSARIO

Perspectivas: Punto de vista en el que se analiza un asunto.

Invisibilidad: es la cualidad de un cuerpo físico visible de no ser visto en condiciones de luz normales para un supuesto observador.

Declive: Pérdida progresiva de la fuerza, intensidad, importancia o perfección de una cosa o una persona.

Capacidad funcional: conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno.

Espiritualidad: conciencia de una parte del ser humano, que no se manifiesta materialmente y que está ligada a algo superior a todos los seres vivos, siendo una cualidad que puede determinar un comportamiento coherente con los valores morales y éticos que ayudan al desarrollo individual.

Trascendencia: aquello que va más allá o que se encuentra por encima de determinado límite y hace referencia al resultado, la consecuencia o la importancia de algo.

MAXQDA: software utilizado para el análisis cualitativo de datos.

ABREVIATURAS

CESSA: centro de salud de servicios ampliados

OMS: organización mundial de salud

INEGI: instituto Nacional de Estadística y Geografía

DM 2: diabetes mellitus tipo 2

HTA: hipertensión arterial

AM: adulto mayor

SABE-ECUADOR: encuesta de salud, bienestar y envejecimiento de Ecuador.

ENADID 2018: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

ONU: organización de las naciones unidas

GF1/ GF2: grupo focal 1 o 2

I. INTRODUCCIÓN

Los cambios que existen en el envejecimiento son complejos. Valorándolos desde el plano biológico, está el cúmulo de daños, cambios moleculares y celulares que con el tiempo disminuyen la capacidad fisiológica y física de la persona e incrementa el riesgo de enfermedades. Estos cambios se ven influidos por el entorno y el comportamiento de la persona y al paso del tiempo sobreviene la muerte, inevitablemente. En la vejez se presentan otros cambios importantes muy aparte del ámbito biológico, como son: la posición social y cambio de rol dentro de la familia y el medio que lo rodea teniendo que enfrentarse a la pérdida de relaciones estrechas.¹

La OMS clasifica a los adultos mayores de la siguiente manera: personas de 60 a 74 años: personas de edad avanzada, de 75 a 90 viejos o ancianos y mayor a 90 años grandes viejos o grandes longevos, pero para fines prácticos se hace mención que a todo adulto mayor de 60 años se le conozca como persona de la tercera edad. En México en un futuro no muy lejano, habrá más personas mayores y la pirámide poblacional ya comienza a invertirse como en algunos países europeos, por lo que se tiene que pensar en la creación de estrategias efectivas para enfrentar esos retos.²

Como es sabido, los ancianos tienden a ser un grupo con alto riesgo dada la vulnerabilidad biológica, psicológica y social, este es un fenómeno que se ha dado desde tiempo atrás, pero por diversas razones como el silencio del adulto mayor, el cuidador, falta de educación, información o interés de los profesionales de salud o de la sociedad en general, comenzó a hacerse visible mucho más tarde.³

La medicina actual tiene muchos progresos respecto al mantenimiento de la salud en los adultos mayores, esto desde la detección de enfermedades, diagnósticos asertivos y tratamiento adecuado, logrando un aumento en el promedio de vida que antes era de la cuarta década de la vida y ahora es de aproximadamente la séptima década, y por ende su calidad de vida.

En los lugares con buenas condiciones socioeconómicas se presenta una real mejoría en la salud de sus pobladores, pero en México aún existen muchas áreas

de pobreza extrema, sin embargo, los adelantos en salud han mejorado en cierta medida los índices de morbilidad y mortalidad en esos lugares lo que ha resultado positivo para este grupo poblacional. ⁴

La invisibilidad que se manifiesta a través del maltrato y violencia en diversos grupos de edad es un desafío para los diversos servicios de salud, esencialmente en la atención primaria, por lo que existe la necesidad de lograr una reorganización de los protocolos de atención y trabajo para así lograr un enfoque sociocultural e integral. Este fenómeno es muy complejo y de diversas causas sociales e historias culturales, que propicia el deterioro de las condiciones de la calidad de vida de la sociedad mayor incluida el proceso de salud-enfermedad. Entre los efectos que presenta el maltrato y la violencia, se encuentran años potenciales de vida perdida, discapacidad temporal o permanente, el sufrimiento y miedo que van dejando huellas en el camino de vida y que son imposibles de medir.

En los adultos mayores, los tipos de maltrato que más se presentan son el físico, el emocional o psicológico y patrimoniales, todo esto por lo regular es ocasionado por sus cuidadores. El médico familiar de primer nivel asume un papel importante al ser el primer contacto que tiene la persona maltratada al sistema de salud por lo que se requiere una atención integral basado en la humanización, continuidad, territorialización, prevención, identificación, notificación y coordinación de los cuidados y asistencia a las personas en este tipo de situaciones. ⁵

Dadas las consideraciones anteriores, se realiza un estudio de tipo cualitativo con el objetivo de analizar las perspectivas del adulto mayor con respecto a la invisibilidad y maltrato en el núcleo familiar, la sociedad y los servicios de salud, se incluirán a personas elegidas al azar en el centro de salud de servicios ampliados de Tierra Colorada y de una asociación civil. Los resultados de este estudio permitirán al médico familiar, tener un diagnóstico preciso sobre lo que piensan, sienten y esperan los adultos mayores y cuáles son los factores que influyen en la invisibilidad y maltrato que presentan. De igual manera se podrá diseñar un plan de tratamiento integral, como intervención a mediano plazo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 El adulto mayor. Generalidades

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, aquellas personas cuyas edades oscilan entre los 60 y 74 años ya son consideradas de edad avanzada; mientras que los que se encuentren entre 75 y 90 años serán consideradas viejas o ancianas y todos aquellos que sobrepasan los 90 años se les denominarán, grandes, viejos o longevos. Para fines de esta tesis, a toda persona que sobrepase los 60 años se le llamará persona de la tercera edad.⁶

En México según la Norma Oficial Mexicana NOM167-SSA1-1997, para la prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores, define como adulto mayor, a la persona de 60 años o más. También hace referencia al adulto mayor en estado de abandono, el cual lo define como aquel que presenta alguna o varias de las siguientes particularidades carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico o mental, carencia de recursos económicos.⁷

En México en el año 2010 según el censo nacional de INEGI, se contabilizó 10.1 millones de adultos mayores, representando el 9.0% de la población total (112.3 millones de habitantes) prácticamente 1 de cada 10 habitantes del país es adulto mayor. Desde la década de los cuarenta las tasas de crecimiento promedio anual son superiores al 3.0%, causado al descenso de la mortalidad y al alargamiento de la esperanza de vida. En 20 años, la población adulta mayor del país aumento de manera constante y considerablemente, pues se duplicó (10.1 millones), observándose un mayor aumento en el grupo de mujeres, llegando al 53.5% de la población total en este grupo de edad (5.4 millones). En 30 estados de la república mexicana, se encontró que la población de adultos mayores del género femenino es mayor a la de hombres, siendo Quintana Roo y Campeche los que presentan menor población femenina y específicamente en Quintana Roo en donde hay menor población adulta mayor. La población adulta mayor, que presenta alguna limitación

en la actividad o discapacidad, creció casi el triple, en el año 2000 se registraron 745 mil casos que representaba el 10.7% de la población de 60 y más años, mientras que para el censo de 2010 la cifra se encontró en 2.8 millones, lo que representa 26.3%.⁸

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a una disminución de las capacidades físicas como la pérdida de audición, visión y movilidad dadas propiamente a la edad, así como enfermedades no transmisibles como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, entre otras, así también figuran las enfermedades mentales como demencia o Alzheimer; lo que disminuye a largo plazo la capacidad general de la persona, a lo que posteriormente sobreviene la muerte. Pero más allá de las pérdidas capacidades físicas y biológicas, la vejez conlleva otros cambios importantes. Como por ejemplo en los roles, posiciones sociales y pérdidas de relaciones estrechas. Las prioridades, las metas y preferencias parecen cambiar optimizando sus capacidades mediante la práctica y el uso de nuevas tecnologías, para compensar la pérdida de algunas habilidades. La dinámica de la salud en la vejez es compleja y las características que entran al rol se expresan, en las capacidades físicas y mentales, así como en el funcionamiento de la persona mayor⁹

En la vejez, se presentan varios estados de salud complejos que se observan solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad. Esos estados de salud son llamados normalmente síndromes geriátricos y son consecuencia de múltiples características que incluyen, por mencionar algunos, los siguientes: caídas, fragilidad, incontinencia urinaria, estados delirantes y úlceras por presión.¹⁰

Esa complejidad que presenta el adulto mayor enmarcada en un desafío de atención, no solo para sus familiares más cercanos, sino para el medio social en el que se desenvuelve. En México, esta población va en aumento de forma rápida y con ello sus necesidades de atención biológica, psicológica y social que representan

grandes cambios en nuestra sociedad y debido a lo complicado de su situación puede conducir a un maltrato o inclusive violentar sus derechos.

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran vulnerables, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por los recursos personales, económicos, del entorno, familiar, comunitario y de acceso a los servicios de salud. Llevando a este grupo vulnerable a ser víctimas del maltrato y abandono. El ser adulto mayor presenta un reto a la sociedad, por el constante crecimiento de la búsqueda de atención primaria de salud, atención de casos agudos y enfermedades de larga duración y asistencia social; pero también hay que dar a conocer que el adulto mayor también ofrece oportunidades para la sociedad, ya que tiene gran experiencia lo que contribuye a la larga al desarrollo social. ¹¹

2.2 El adulto mayor y el núcleo familiar

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona en la “Declaración de Toronto”, que los malos tratos a las personas mayores son definidas como “la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada que causa daño o angustia a una persona mayor y que suele ocurrir dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”, teniendo otra definición como la que nos brinda Álvarez (1997): es toda aquella acción voluntaria, accidental o fortuita que conduzca a una ofensa o descuido físico, social, emocional, psicológico o económico, infringido hacia una persona mayor de 60 años, la cual es ocasionada por los hijos, sobrinos, hermanos, o terceros, como la sociedad o el medio en el cual se desenvuelve. ¹²

La familia es el pilar fundamental en esta etapa tan importante. Las transformaciones y cambios que se presentan en de cada núcleo familiar de acuerdo con su constitución, su historia, sus vínculos, conflictos externos e internos, relaciones. Etc.) integraran un tipo de red, que puede ser satisfactoria o no, para el adulto mayor en esta etapa del ciclo vital. La relación con los hijos se podría tornar un tanto alejada, al grado de percibir cierto grado de soledad. Se sabe que los tipos de relaciones y vínculos ya sean favorables u hostiles serán los determinantes en

la prevención o aparición del sentimiento de soledad. Un claro ejemplo, lo tenemos en la salida de los hijos, fuera del hogar, pues si no existió una buena relación afectiva con los padres, estos lo podrían tomar como un sentimiento soledad y por ende de abandono, al grado de sentirse indefensos. Los hijos son el contacto con los nietos y el rol del abuelo en el sistema familiar conlleva una importante función para la evaluación cognitiva del adulto mayor. La manera en que se perciban estas relaciones será fundamental para lograr el bienestar subjetivo y llegar a tener una buena calidad de vida. La familia pues, es una fuerte red social de apoyo que al ser satisfactoria y positiva puede lograr que el adulto mayor se sienta integrado en el núcleo familiar y por ende, lograr una prevención del sentimiento de soledad. Pero si todo lo anterior planteado no se cumple y el adulto mayor no se siente satisfecho con la dinámica familiar existente y sin tener un reconocido mérito a la transmisión intergeneracional de los más viejos hacia los más jóvenes, el “adulto mayor” debe reubicarse desde otro rol que no era esperado por él.¹³

Los motivos que llevan a los adultos mayores a vivir en el asilo son para tener o mejorar su calidad de vida, por la necesidad de asistencia, viudez y por el maltrato (físico y psicológico) por parte de los familiares. Los adultos mayores ingresan al asilo por dos razones, de forma voluntaria e involuntaria; la primera se da al sentirse como un estorbo en la familia, una carga familiar y por no tener un lugar donde estar; y la segunda, por el desarraigo que se origina cuando la misma familia ya no desea cuidar al adulto mayor, siendo por falta de tiempo o por escasez de recursos económicos para tratar la enfermedad que este padece, decisión que se toma sin consultar al adulto mayor.¹⁴

El abandono del adulto mayor se define como todo aquel descuido del mismo por parte del núcleo familiar en el que se encuentra. Dicho abandono se presenta y se le reconoce al privar, limitar, expulsar o negar a dicho miembro de la familia. El abandono va más allá de expulsar a alguien del núcleo familiar, también se manifiesta mediante indiferencia de sus necesidades, la ausencia de compañía al adulto o el déficit de cumplimiento de actividades diarias que velen por su salud,

provocando múltiples problemas físicos y psicológicos en los adultos mayores. Este problema del abandono en el adulto mayor es un tema muy frecuente pero pocas veces resuelto, que da a conocer como las principales causas, como el deterioro físico, consecuencia de la edad avanzada provoca mayor daño psicológico, depresión y mayor riesgo de padecer distintas enfermedades. Es típico que la presencia de alguna enfermedad o discapacidad, que se acompañe de sentimiento de soledad, abandono e inestabilidad económica por parte del anciano, coloquen a las familias en situaciones de crisis, pues en casi todos los casos, se trata de enfermos con múltiples padecimientos y la atención médica conlleva gastos económicos altos que afectan la economía familiar, concluyendo en el agotamiento de dicho recurso y reserva monetaria. (Hernández, Palacios y Cajas, 2011).¹⁵

Los actuales estilos de vida no siempre facilitan que exista un adecuado cuidado del adulto mayor en las familias. Esta última labor recae en las personas que viven con él y muchas veces, esta labor es a costa del sacrificio del cuidador que minimiza o deja para después sus demás responsabilidades. La solidaridad por parte de la familia en dicho cuidado hacia el adulto permite identificar procesos de cuidado de necesidades, de atención a la salud y vida familiar, de los tiempos y los espacios que al interior del grupo familiar comparte el adulto. El amor en la familia es el proceso de aceptar al otro tal cual, como individuo y ser único, se podría decir que es el principio integrador del ser humano. Es por medio de la conversación, de la solidaridad, de la forma particular de vivir juntos como seres sociales que la familia fortalece el amor al otro de una forma recíproca. Sin el cuidado no existe florecimiento de lo que verdaderamente humaniza: el sentimiento profundo, la voluntad de compartir y la búsqueda del amor. Cada familia que conviva con un adulto mayor ha creado sus propias expresiones de amor que integran todos los principios de vida familiar.¹⁶

El envejecimiento y lo que este conlleva (pérdida de la salud física, disminución de la autonomía y aumento del apoyo familiar) pueden interferir con la capacidad funcional y la disfunción familiar entre la población de edad avanzada, lo que nos dirige hacia la planificación respecto a la atención de los ancianos más

dependientes. Se sabe que el apoyar y la convivencia con la familia son características necesarias para lograr un envejecimiento activo, pero en múltiples ocasiones, las fallas o la falta del cumplimiento de estas necesidades, llegan a alterar el equilibrio y la armonía en la relación familia, poniendo en dificultades que se logre una adecuada funcionalidad familiar. Esta última, se conoce como todo camino que la familia es capaz de seguir para lograr cumplir funciones esenciales. Se le conoce a una familia funcional, cuando hay una clara definición de las tareas que son aceptadas por todos aquellos que la conforman, mientras que lo opuesto es toda familia en donde impera la falta de respeto, superponiéndose la jerarquía, falta de comunicación y sin unión ni fuera al momento de resolver problemas propios del sistema. Es por lo que la funcionalidad de cada familia debe ser examinada para lograr una adecuada atención en los ancianos. La atención por parte del personal de salud, en especial del médico familiar pues este es consciente de la funcionalidad de la familia y debe prestar atención a las necesidades reales de la misma para planificar acciones preventivas para lograr un equilibrio en los lazos familiares promoviendo el bienestar de los ancianos y su familia. El sistema es importante en todos los ciclos vitales, pues favorece la integridad de la persona en diversos aspectos siempre y cuando se cumplan las funciones básicas, pero al existir algún grado de disfunción familiar se dificulta la capacidad de asistencia y cuidado a sus ancianos.

2.3 Abordaje del médico familiar en la detección de abandono en el adulto mayor.

A causa del mejoramiento de la calidad de vida en todo el mundo y los avances científicos en medicina, se ha logrado un aumento considerable en la duración media de vida, lo que ha aumentado la población de adultos mayores en todo mundo, ocasionando a la sociedad una serie de desafíos médicos, dilemas sociales o éticos, y económicos.

El adulto mayor conserva su estado funcional de acuerdo con su edad y este es el mejor indicador de salud, pues nos marca pautas para conocer si es vulnerable y

susceptible a tener complicaciones que podrían afectar negativamente sus actividades instrumentales o básicas de la vida diaria (usar el teléfono, hacer comida, ir de compras, cuidar de la casa, lavar ropa, usar transporte, ser responsable de su medicación, manejar su economía, etc.) en fin, ser una persona autónoma. Para el adulto mayor el riesgo de perder su autonomía es cada vez mayor, pues se hacen presente enfermedades crónico-degenerativas que limitan la realización de sus actividades de manera gradual y progresiva y en algún momento demandara atención y cuidado, lo que tendrá como resultado, crisis a nivel individual y familiar, como lo es una baja autoestima por parte del anciano, sensación de soledad, depresión, entre otras, teniendo como resultado una mala calidad de vida, maltrato y abandono por parte de su núcleo familiar. Por ello, es importante que el médico, realice detecciones para valorar tempranamente si existe o no dependencia funcional, y así poder otorgar mejor abordaje dirigido a la participación familiar y del equipo multidisciplinario de salud.

El deterioro de la capacidad funcional y mental del anciano, lo pueden condicionar de alguna manera a ser dependiente de otro, lo que podría detonar en algún tipo de violencia dentro del seno familiar. El maltrato al anciano en el dentro de la familia es casi invisible pues se da a puertas cerradas y muchas veces, ni la victima ni su agresor dan a conocer esta situación. En múltiples ocasiones, la falta de información y datos estadísticos sobre las conductas violentas se deben que los otros familiares, vecinos o amistades omiten hablar de estas situaciones y las dejan como hechos cotidianos. ¹⁷

El aumento de la población anciana es directamente proporcional al número de consultas dadas a este grupo de pacientes. Debido a las diversas condiciones físicas que presentan, desde las físicas como presbicia, presbiacusia, psicológicas tal es el caso de la depresión y sociales como el abandono, este grupo etario presenta dificultades al momento de comunicarse con el médico, aunado a esto existe falta de habilidades de parte del equipo de salud, para lograr el vínculo que fortalezca la relación médico-paciente, parte de estas son la falta de empatía y atención al paciente lo que va a terminar por repercutir en la salud de la persona

geriátrica que está siendo atendida, pues no tendrá la información completa de su patología ni de su manejo, propiciando una falta de apego al tratamiento. Por ello es de vital importancia que el médico tenga un conocimiento y preparación en envejecimiento y en las condiciones sociales, psicológicas y económicas que estas personas presentan para lograr una adecuada relación.¹⁸

2.4 Maltrato como manifestación de invisibilidad en el adulto mayor

La invisibilidad hace referencia a un modo de sufrimiento social de aparición en el espacio público que afecta a las personas que están presentes, pero de las que, al mismo tiempo, se puede decir que no existen. La invisibilidad produce una herida psicológica y moral que se identifica como una forma de maltrato. Es un fenómeno que se presenta de diferentes formas las cuales se encuentran bajo estudio en por la sociología, psiquiatría y medicina.

Soy un hombre que no ve. No, nada de común con estos fantasmas que invocaba Edgar Allan Poe [...] soy un hombre real, de carne y hueso, de fibras y líquidos —incluso se podría decir que poseo un espíritu—. Soy invisible, compréndanlo bien, simplemente porque la gente se rehúsa a verme [...]. Cuando se me acerca, la gente sólo ve mi entorno, se ven a ellos mismos, o a los fantasmas de su imaginación —de hecho, a todo y cualquier cosa, excepto a mí (1966).¹⁹

La invisibilidad es una categoría hermenéutica que se hace cargo de la interpretación de un fenómeno contradictorio que consiste en existir, en ser-ahí y al mismo tiempo en no ser visto /percibido, oído/escuchado. Jean Claude propone una clase de invisibilidad y la define como aquella que pesa sobre los individuos o sobre las actividades, no en función de su eficacia.... Sino del espacio social que está constituido de modo tal que ellos no sean visibles. (4)

Buz (2013) indica que para la comprensión de la soledad prevalece el modelo cognitivo, afirmando que la misma es “el resultado de una evaluación cognitiva del ajuste entre las relaciones existentes y los estándares personales, existiendo desde este modelo un primer señalamiento para comprender el fenómeno de la soledad: sentirse solo y estar solo no tienen igual significado ya que aun teniendo una amplia

red de relaciones y vínculos afectivos, la persona puede experimentar el sentimiento de soledad si esa red no le proporciona la satisfacción que se espera. La soledad producida por aislamiento social se asocia con la falta de una red social satisfactoria que implique un sentimiento de pertenencia. Las redes sociales son un conjunto de relaciones interpersonales que está conformada por los diferentes grupos y personas que constituyen la vida de cada sujeto, pudiéndose tratar de: familiares, amigos, conocidos, compañeros de trabajo, vecinos, etc. En donde cada uno de ellos “cumple una determinada función y produce niveles de satisfacción distintos”.

20

Los adultos mayores según Chávez y García (2015), son personas fuertemente discriminadas, ya que se comete el error de considerarlos con deficiencias para realizar actividades, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. La sociedad actual impulsada por el desarrollo y el avance tecnológico ha transformado las relaciones entre las personas y hoy es común ver a adultos mayores abandonados por sus familiares, debido a la falta de tiempo para proveer los cuidados que estos demandan, las justificaciones para el abandono son múltiples entre ellas se aducen los problemas económicos, falta de espacio, problemas de convivencia, entre otras. Grunauer y Llanos (2013). (7 “agua muisne”) SENAMA (servicio nacional del adulto mayor) ha definido este maltrato como: “Aquel que ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales, económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existente”. En consecuencia, es una temática muy compleja en la que el factor de la invisibilidad desempeña un rol preponderante. Es un tipo de violencia silenciosa que no por ello resulta menos nociva (La Parra y Tortosa, 2003). Algunas variables que pueden asociarse al maltrato son aquellas que surgen de los procesos de modernización, como la erosión de estructuras familiares tradicionales y sus dificultades para cumplir con las tareas de seguridad y protección. La consecuencia más grave del maltrato es el aislamiento de la persona mayor, la disminución de su autoestima y los sentimientos de inseguridad que a la larga favorecen la instalación de estereotipos negativos de la vejez

asociados a la desvinculación y a la falta de proyectos individuales (Huenchuán, 2014; SENAMA, 2014; Tumala, 2016).²¹

2.5 Maltrato en el adulto mayor

El maltrato, así como el abandono es una manifestación de la invisibilidad en la que el adulto mayor sobrelleva, ya sea por la familia, la sociedad y/o los servicios de salud. El aislamiento y la vulneración de la tercera edad en México es poco visible, pero no por ello menor: hay escasas instituciones que atienden la problemática y esta se alimenta de la desinformación y unos lazos familiares a menudo complicados. El maltrato por parte de sus hijos o familiares comienza una vez el adulto mayor requiere que le ayuden económicamente. Los lazos familiares son una soga que aprieta de tal manera que incluso puede llegar a asfixiar: El 90% de las personas que se atiende en la fiscalía capitalina son víctimas de sus propios hijos. Los adultos mayores, ante la violencia, practican el mutismo selectivo, contribuyendo a la invisibilidad del conflicto por el conflicto maternofilial.²²

El maltrato a las personas de edad está en aumento, causando graves consecuencias personales y sociales para los más de 141 millones de ancianos del mundo, los malos tratos a las personas de edad continúan siendo una de las formas de violencia menos estudiadas en las encuestas de salud y una de las menos incluidas en los planes nacionales de prevención de la violencia y parece afectar a uno de cada seis adultos mayores en todo el mundo. Es un tema de salud pública global descuidado, especialmente en comparación con otros tipos de violencia. Se estima que el fenómeno es oculto en la sociedad, lo que se ha llamado por los investigadores maltrato invisible que consiste en emplear métodos de coerción, atentar contra la dignidad y autonomía en la toma de decisiones y en brindar una atención deficiente, que en muchos casos es la causa de complicaciones en el estado de salud del anciano. Se manifiesta también mediante el inadecuado suministro de los medicamentos, incumplimiento de sus horarios o su omisión, cuando no se proporcionan las condiciones ambientales adecuadas, o se hacen comentarios indiscretos hirientes, cuando se viola la intimidad y el pudor, se

imponen restricciones físicas a veces no tan necesarias, no se tienen en cuenta las barreras arquitectónicas que originan caídas, no se proporcionan distracciones y actividades de entretenimiento, que pueden ser simplemente facilitar la lectura a los que pueden hacerlo²³

2.6 calidad del envejecimiento

Actualmente se está viviendo un momento único, debido a que conviven varias generaciones por primera vez en toda la historia de la humanidad, lo que es un logro y un desafío a la vez, pues se reconoce que esto incluye a la salud, a diversos rubros de la sociedad, aparte que necesita de recursos incluyentes en las políticas públicas, para que la vida del adulto mayor sea adecuada y de buena calidad. De acuerdo con la gerontología, existe la necesidad de constituirnos de manera multisectorial y multidisciplinar para poder hacerle frente al envejecimiento de la población desde la perspectiva social y aprender como envejecer con calidad.²⁴

El envejecimiento se define como el proceso biológico por el que los seres vivos se hacen viejos, que comporta una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes.

El envejecimiento de la población es un gran problema de salud en todo el mundo debido al gran crecimiento acelerado de este grupo en los últimos años. Es grande el número de personas que atraviesan y sobrepasan la cronología de lo que el hombre ha marcado como vejez, por lo que representa un reto para la sociedad moderna y la sociedad médica y por ende para el sistema de salud ya que en la actualidad lo primordial no es aumentar la longevidad de la población, sino lograr de manera cualitativa la salud de este grupo etario con una adecuada calidad de vida. Esta población necesita una atención especializada, ya que se encuentran con fragilidad propia de la edad y esta dificulta su desempeño en las actividades diarias, a esto último se le añade un deterioro de la salud física, estatus social y estado mental, trayendo como consecuencia la falta de autonomía en varios ámbitos de la vida principalmente en lo físico, económico y afectivo. Es pues en donde el apoyo

social aparece jugando un papel esencial en la satisfacción de la vida del anciano, pues esta propicia el bienestar y previene patologías emocionales como la depresión y enfermedades crónicas propias de la edad. En sí, teniendo un adecuado apoyo de parte de la sociedad, los adultos mayores pueden continuar teniendo un adecuado desarrollo humano mejorando su calidad de vida.²⁵

2.7 Estudios relacionados con el tema de la investigación

En 2020 Priego y colaboradores publicaron un estudio con el objetivo de interpretar la percepción de los médicos del primer nivel sobre las condiciones sociales y sanitarias que intervienen en la invisibilidad del paciente adulto mayor con VIH/SIDA en Tabasco, México. Bajo el enfoque de teoría fundamentada se realizó un estudio cualitativo durante agosto del 2018. Se formó un grupo focal integrado por médicos tratantes de diversas instituciones del sistema de salud. Se empleó una guía de entrevista y para su análisis se utilizó el software MAXQDA versión 2018.2.

Los resultados de este estudio permitieron identificar que la invisibilidad del paciente adulto mayor en el ámbito sanitario se refleja en las limitaciones institucionales relacionadas con el tiempo de atención que no facilitan la labor del médico para reconocer los aspectos clínicos y emocionales, y la hegemonía médica que no permite tomar en cuenta la opinión del enfermo, quien solo se limita a atender el padecimiento, no explora sobre la existencia de la práctica sexual en esa fase de la vida y por ende el tardío diagnóstico de la enfermedad.²⁶

En el año 2016, Rodríguez Calvo y colaboradores en Villa Clara Cuba, con el fin de caracterizar la violencia intrafamiliar en el adulto mayor, realizaron un estudio descriptivo, teniendo como muestra un universo de 314 pacientes, mayores de 60 años y estudiando variables como edad, sexo, ocupación, convivencia, clasificación de la familia e identificación del maltrato. Como resultados se obtuvo que el sexo femenino predominó con 200 pacientes para un 63,7 % y del grupo de edades entre los 70-79 años con 143 adultos mayores lo que representa un 47 % , el 177 (64,6

%) conviven en familias clasificadas como nucleares, el sexo femenino sufre más violencia en comparación con el sexo masculino, con 66 mujeres para un 21 % en cualquier tipo de violencia, siendo el abuso psicológico el predominante (95,9 %).²⁷

En el año 2018 Falcones Estrada y asesor en Ecuador, realizaron un estudio de investigación cuali-cuantitativo, con el fin de determinar los factores que desencadenan el abandono familiar de los adultos mayores de la fundación “Agua Muisne”, teniendo como muestra un universo de 56 personas mayores a 65 años, pertenecientes a dicha fundación y estudiando variables como: edad, genero, estado civil, abandono familiar, afecciones físicas, estado afectivo de los familiares. Obteniendo que hubo una mayor participación de adultos de 80 años con el 44%, seguido del 31% en edades de 70 a 79 años edad. Existió mayor participación de hombres con el 56% y de mujeres con el 44%. Siendo de estos el estado civil con mayor porcentaje el de viudo y separado con el 31% (11 cada uno), seguido de casado con el 19% (7), unión libre con el 11% (4) y el de menor porcentaje divorciado con el 8%. En cuanto a la percepción que tienen en cuanto a importancia, el 53% se perciben como socialmente importantes por los aportes y se toman en cuenta como “voz de experiencia”, el 28% se consideraron como poco productivas al no generar ingresos y el 19% se perciben como cargas familiares al considerar que tienen que velar por ellos ahora. De los tipos de violencia, se obtuvo que el 36% manifiestan no haber recibido ninguna en lo que va de su edad adulta, el 25% refirieron que han sufrido agresiones psicológicas en cuanto a las cosas que se les dice al ser una carga y los cambios que han tenido su vida y con 14% refieren haber experimentado agresiones físicas. Por último, se encontró que el desamor, rencor, conducta inapropiada, carácter propio del adulto mayor y negatividad al cambio de ambiente, generan dicho abandono por la familia, amigos y vecinos.²⁸

En el año 2017 Sánchez y Lidón-Cerezuela realizaron un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, en Vistabella España, con el fin de caracterizar la experiencia del empoderamiento en mujeres mayores de 65 años, siendo su universo de estudio 5

mujeres que fueron seleccionadas mediante muestreo intencionado en las consultas de enfermería y medicina del Centro de Salud de Vistabella. Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron: mujeres mayores de 65 años, escala de Barthel, con una puntuación de 100 puntos, Mini mental con puntuación mayor o igual a 29 puntos. Las variables usadas fueron: edad, nacionalidad, ciudad donde habitaban, estado civil, profesión, ocupación actual y cuántas personas vivían con ellas en su núcleo familiar. Sus categorías de respuesta: “autoestima”, “autodeterminación y toma de decisiones”, “autoconfianza”, “social” y “educación”, obteniendo como resultado cierta manifestación de baja autoestima, dificultades a la hora de llevar las riendas de su vida, inseguridades y una participación social escasa, lo que denotaba un déficit de empoderamiento. Relacionaban lo anterior con la educación que habían recibido, fundamentada en los mandatos de género que recluyen a las mujeres al ámbito privado y eliminan el principio de igualdad de oportunidades con respecto a los hombres.²⁹

A principios del año 2018 el IMSS llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal en la Unidad de Medicina Familiar #3 (UMF) de Guadalajara, México, donde asisten 28.766 personas mayores de 60 años, ~ usuarios de la consulta externa, con el fin de determinar la prevalencia del síndrome de fragilidad bajo los criterios de Fried, la funcionalidad y el nivel de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial o diabetes mellitus. La muestra se estimó en 200 personas, proporcional por grupos quinquenales de edad y sexo para cada uno de los 2 grupos de análisis: pacientes con diagnóstico médico de DM2 y de HTA, que consintieron informadamente participar. No se incluyeron pacientes con incapacidad cognitiva o física. Se registraron datos sociodemográficos y relacionados con el síndrome de fragilidad de acuerdo con Fried^{3,4}, las escalas: PASE y Calderón Narváez⁵ (que mide ansiedad y depresión). Índices de: Katz y Lawton y Brody. El tiempo de aplicación promedio fue de 45 ± 10 minutos. Como resultados se observa que en la Escala de depresión hay más frecuencia de ansiedad en las personas frágiles con DM2, y mayor depresión y ansiedad en las personas con HTA ($p < 0,0000$). El estudio evidencia en pacientes de estratos populares de Guadalajara, México, una

prevalencia de fragilidad de 17% en el grupo con DM2, y 8% en pacientes con HTA. Se confirma la prevalencia de falta de ejercicio físico de 56% en el grupo con DM2 y 52,5% en el grupo con HTA. Se registran frecuencias de prefragilidad-fragilidad que sugieren poca prevención del síndrome, más evidente en el grupo con DM2. La prevalencia de incapacidad para ABVD (15% en grupo con DM2 y 20% en grupo con HTA) y de incapacidad para AIVD (de 83% en grupo DM2 y 90% en grupo HTA), así como la frecuencia de depresión-ansiedad (31% en DM2 y 40% en HTA) constituye una barrera para la prevención y la atención de la fragilidad en personas de estrato popular.³⁰

En el año 2016, Vargas-Santillán y colaboradores, llevaron a cabo un estudio con enfoque cualitativo con el fin de analizar los significados de salud que los adultos mayores construyen a partir de sus vivencias y experiencias. La población estudiada fue la de adultos mayores que acuden a una Clínica de Atención Geriátrica de una comunidad del Estado de México. Para definir la muestra se utilizó un muestreo por conveniencia con determinación en el índice de saturación, para un total de veinte participantes, seleccionando a aquellos que no presentaran deterioro cognitivo, se tomó como base la valoración de la Escala rápida Mini-mental State Folstein (1975), y con capacidad de expresarse y comunicarse. La información se obtuvo por medio de entrevistas semiestructuradas, algunas preguntas base fueron: ¿qué opina de su vida actual?, descríbala; ¿cómo considera su estado de salud y por qué?; ¿cómo se siente tener salud?; descríbame momentos, situaciones o experiencias en las que se percibe con salud y con mala salud. También se indagaron aspectos sociodemográficos y enfermedades presentes. Las entrevistas fueron grabadas con la autorización previa de los participantes; una vez transcritas, fueron validadas por los participantes para su posterior análisis. A partir de la entrevista 20 los datos no aportaron nuevos hallazgos, por lo que los investigadores decidieron que se había llegado al punto de saturación. El universo de estudio fue de 20 adultos mayores con edades entre los 63 a 93 años, de los cuales 10 fueron del género masculino y 10 del femenino; 10 manifestaron vivir en zona rural y 10 en zona urbana. Las enfermedades de mayor frecuencia que auto reportaron los AM son crónico-

degenerativas, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y artritis reumatoide; además tres AM sin enfermedad previamente diagnosticada. La percepción de tener mala salud se presentó en 5 de las 10 mujeres, en comparación con los hombres quienes en general se percibieron con buena salud. El análisis permitió construir las siguientes categorías relacionadas con el significado de salud: La salud como “poder hacer” El adulto mayor experimenta la salud cuando percibe que puede hacer cosas, este “poder hacer” fue expresado en diferentes niveles de capacidad, desde la capacidad de moverse para valerse por sí mismo y evitar la dependencia física, hasta la de trabajar para lograr la autosuficiencia económica. Estas formas de concebir la salud dependían de la situación en la que se encontraba cada AM; por ejemplo, si contaban con el apoyo de la familia, los medios económicos para solventar sus necesidades de salud, si trabajaban, si vivían solos o acompañados, o el tipo de enfermedad que padecían. El “poder hacer” como significado de salud fue interpretado como una necesidad vital en los casos de AM con poca solvencia económica, y se relacionó con autonomía y dignidad en los AM con dependencia física; ambas construcciones fueron asociadas a sentirse útil. “...¡Me da gusto de ver la cosecha de mi trabajo! ... yo no pienso en otra cosa más que en trabajar para vivir. El estudio aporta información acerca de cómo se vive la salud en la vejez según el género. Las mujeres en México tradicionalmente desempeñan roles funcionales en el ámbito familiar, que influyen de manera muy importante en el significado de salud.³¹

En el año 2017 en Europa, G. Rezend y colaboradores llevaron a cabo una encuesta transversal con una metodología exploratoria no probabilística y cuantitativa, con el fin de identificar la percepción de la carga de cuidadores de pacientes ancianos en cuidados paliativos oncológicos, siendo el universo de estudio de 100 sujetos estratificados según el puntaje obtenido al aplicar la Escala de Rendimiento de Karnofsky (KPS) a ancianos en cuidados paliativos oncológicos. Grupo 1: 25 cuidadores familiares de sujetos ancianos con una puntuación KPS inferior al 40%; Grupo 2: 25 cuidadores de sujetos ancianos en cuidados paliativos oncológicos con puntuaciones KPS del 70%, 60% o 50%; Grupo

de control: 50 cuidadores familiares de sujetos ancianos en cuidados paliativos oncológicos con una puntuación KPS de 80% o más. Como resultado se obtuvo que los cuidadores familiares son en su mayoría de mujeres de mediana edad a mayores, hijas o esposas predominantemente en el grupo de edad de 56 a 71 años, con escasa educación y no realizan actividades remuneradas. Las mayores tasas de carga se observaron en las cuidadoras y cuidadoras de adultos mayores que tienen puntuaciones de capacidad funcional más bajas. La agravación de la enfermedad, el declive funcional de los ancianos y la posibilidad de muerte aumentan la carga, lo que indica la necesidad de ofrecer servicios de apoyo a esta población lo antes posible.³²

Entre los años 2012 y el 2014 Paredes y colaboradores realizaron un estudio de corte transversal en la ciudad San Juan de Pasto, con el fin de demostrar los factores asociados en la funcionalidad del adulto mayor, siendo su universo muestra un total de 391 adultos a quienes se les evaluó estado funcional con la escala de Lawton y Brody, que cumplieran los siguientes criterios: tener 60 años o más, ambos sexos, residir en la ciudad San Juan de Pasto, aceptar voluntariamente la participación en el estudio y firmar el consentimiento. Se estudiaron las características demográficas, los antecedentes médicos, el nivel cognitivo global y la sintomatología depresiva. Teniendo como resultado que un 26,3% con un nivel de dependencia funcional, el 61,4% es adultos mayores del género femenino, con una edad predominante entre los 65 y los 74 años (46%). Más de la mitad alcanzaron estudios de primaria (57%); en cuanto al tipo de afiliación en salud, el 64% pertenece al régimen subsidiado. El 80% pertenece al estrato bajo, y de ellos un 63% está en dependencia económica. Un 17% tiene alguien a su cuidado. Se encontró que un 55,8% tenía hipertensión arterial (HTA), 35% artritis o cataratas, un 26% fracturas, un 20% osteoporosis, y otros antecedentes, como diabetes, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc), cáncer, enfermedad cerebrovascular y demencia entre 2,8% y 14,6%, se evidencia un 39% con implicación cognitiva mmse < 24. Un 16% presentó sintomatología depresiva (Yesavage). En función de la escala Lawton y Brody se encontró un 26,3% con

dependencia funcional en el desempeño de las actividades de la vida diaria instrumentales y el 73,9% de la población evaluada se ubicó en la categoría de independencia. Con el proceso de envejecimiento, la capacidad funcional se ve condicionada a múltiples factores, lo cual lleva a que el adulto mayor pierda paulatinamente su nivel de independencia, lo que puede impactar en su calidad de vida y, por ende, en el contexto donde interactúa.³³

En 2018 Sebastián Bustamante y colaboradores realizaron un estudio con el fin de valorar la dinámica familiar que tienen respecto a al cuidado del adulto mayor basados en los principios de identidad, solidaridad, amor y conversación, fue de tipo descriptivo-cualitativo, exploratorio, de comparación entre familias mexicanas y peruanas que conviven con una persona anciana y que sus núcleos corresponden a estratos bajos en ambos casos. Para ello seleccionaron 10 familias de cada país siendo la entrevista el instrumento básico de recolección de datos, que constaba de 10 ítems y cuyo análisis de datos se basó en la orientación de Bereday de casos a comparar desde la perspectiva de cada uno, se les solicitó la firma del consentimiento informado para grabar las entrevistas en cintas magnetofónicas, para hacer la transcripción final tal y clasificarlas según las categorías iniciales del investigador. De acuerdo con identidad familiar se observó que se juntan la responsabilidad con la obligación y que son los lazos históricos los que permiten ver la identidad de las familias lo cual se conjuga como una expresión de autorresponsabilidad, privilegio, visibilidad y reconocimiento social cuando están al frente del cuidado de sus mayores. La expresión de amor y la solidaridad son principios básicos en las familias entrevistadas y mencionan que el adulto mayor es valorado por su experiencia vivida.³⁴

En 2015 GUERRERO-R y colaboradores, realizaron un trabajo de investigación con el objetivo de reconocer los características personales y del entorno que se encuentran agregados a la fragilidad y riesgo de vulnerabilidad en la población mayor con problemas del estado físico en municipios del Departamento de Nariño Colombia, trabajo de tipo descriptivo correlacional en donde la muestra fue de 384

adultos mayores habitantes del Departamento de Nariño en sus 19 municipios, el entrevistador, mediante una regresión logística logró identificar la relación que existe entre los factores personales y del entorno con la vulnerabilidad que presenta el anciano. Como resultado se obtuvo que los adultos de la región occidente son los que más riesgo presentan de ser vulnerados (OR=3.80 IC 95%) aquellos con hipertensión arterial (OR=2.64 IC95% 1,07-6.53) y que no tiene cuidador específico (OR=2.52 IC 95% 1.45-4.54). Se logró conocer que los factores de riesgo que hacen más propenso al anciano de ser vulnerado son: estrato socioeconómico bajo, vivir en lugares apartados, no tener compañía de una persona para su cuidado y enfermo de hipertensión arterial. Dichas variables se deben tener presentes en atención médica y en el reparto de recursos para lograr la protección de esta población envejecida y lograr justicia y romper la cadena de la desigualdad social.³⁵

En 2020 en Ecuador, Vinueza y colaboradores en llevaron a cabo un trabajo de investigación, para conocer la asociación que existe entre violencia al adulto mayor y factores sociodemográficos como la edad, género, etnia, nivel de educación y lugar de residencia. El tipo de estudio fue de corte transversal, en donde fueron incluidos participantes del estudio SABE- Ecuador (encuesta de salud, bienestar y envejecimiento) siendo seleccionados a través de muestreo probabilístico y con residencia dentro de todo el territorio nacional. Los datos fueron estudiados con R a través modelos de regresión logística ordinal. Los resultados que se obtuvieron fueron 4321 seleccionados, de los cuales el 52% son mujeres y el 48% hombres que se encuentran en una edad promedio de 72 años, de todos los seleccionados el 21.3% refiere haber sufrido algún tipo de violencia, ésta es menor en hombres que en mujeres, va disminuyendo conforme aumenta la edad del anciano y cuando se tiene un nivel de educación escolar elevado. En consecuencia, el hecho de ser mujer y tener un bajo nivel de educación, está vinculado con el riesgo elevado de sufrir violencia en el adulto mayor. Disminuir la diferencia de género y hacer hincapié en el acceso a la educación a los ancianos puede hacer que disminuya el riesgo de padecer algún tipo de maltrato.³⁶

En el año 2018 Lázaro del Nogal y colaboradores realizaron un trabajo de investigación mediante datos recabados de la comisión contra la Violencia del Hospital Clínico San Carlos (Madrid) con el objetivo de valorar el nivel de detección y seguimiento de los casos sospechosos de maltrato al adulto mayor en los últimos 3 años. Es un estudio de tipo retrospectivo en donde se compararon los resultados de las personas mayores y menores de 65 años respecto al género, lugar de registro, quien hizo la notificación, si existe historia de violencia como antecedente, el tipo de violencia, recursos usados y seguimiento también fue recogida la tasa de fallecidos en el primer año del estudio y realizando el análisis de la información mediante SSPS 18.0. se obtuvo como resultado que los casos de sospecha de violencia dentro de los 3 años estudiados (2013-2015) fue de 172 en total, en el grupo A se reportaron 140 casos, en donde el 93.5% fueron mujeres siendo urgencias el lugar que más registro tuvo, mientras que en el grupo B fue de 32 casos y de estos el 78.1% fueron mujeres, quienes de igual modo tuvieron mayor registro de violencia, siendo el trabajador social en ambos grupos quien realizó la notificación, en ambos grupos ya existía un antecedente de maltrato de algún tipo, siendo la física la que más predominó en 56.4% y 31.1% respectivamente. Fallecieron al año de seguimiento más de un tercio de los pacientes del grupo B y ningún paciente en el grupo A. el autor concluye que es en el área de urgencias en donde más se detectan este tipo de problemáticas aun cuando ya existe historia de violencia previa en esta población, por lo que el registro hospitalario es indispensable para poder realizar una adecuada detección y dar seguimiento a este tipo de situaciones para salvaguardar la integridad de este grupo etario.³⁷

En Brasil en 2018 Hirt y colaboradores se dieron a la tarea de realizar una investigación cuyo objetivo fue el de lograr comprender las representaciones que violentan a la mujer mayor en un medio rural mediante sus propias perspectivas y vivencias, considerando cómo la generación y el género influyen en esta problemática. se hizo mediante un estudio de tipo cualitativo, el cual se basó en la teoría de las representaciones sociales. Dicho trabajo tomó como fuente de estudio a 12 mujeres ancianas que habitan en el medio rural de una ciudad de Rio Grande Do

Sul, entre los meses julio y agosto del año 2013. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas, técnica proyectiva, y fueron analizados a través de la referencia de las representaciones sociales y análisis de contenido. Los resultados que obtuvieron fue que las féminas perciben la violencia como una angustia lejana que se encuentra arraigada a actos de agresión que se encuentra presente en sus relaciones, sintiendo vulnerabilidad al yugo de los hombres en su vida propia y en el trabajo. Se da a conocer que existe invisibilidad ante la violencia del género femenino dentro de las comunidades rurales pues es la figura masculina que se superpone ante la figura femenina.³⁸

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La invisibilidad en el adulto mayor es un problema grave de salud pública a nivel mundial, tiene diversas manifestaciones como el maltrato, el abandono, la violencia entre otros y se presenta frecuentemente en múltiples momentos y ámbitos de la vida del anciano. El fenómeno de la invisibilidad constituye un desafío global que exige que se fortalezcan las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de esta problemática.

Uno de los factores que se gestan en el núcleo familiar es que el adulto mayor, deja de ser una figura importante, el cual no es tomado en cuenta para las decisiones importantes dentro de la misma, inclusive ya no es visto como autoridad, sino como un mueble más dentro del hogar familiar, donde además su autonomía se ve disminuida.

La detección temprana de algún tipo de maltrato le permite al médico familiar de primer contacto realizar una intervención adecuada de modo que pueda retrasar o eliminar definitivamente la evolución de dicho problema, con su consecuente carga asociada de morbilidad, generando un alto costo en la economía de los servicios de salud y por ende del mismo paciente, deterioro de la calidad de vida y mortalidad.

La disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida han determinado cambios importantes en la estructura por edad.

En el estado de Tabasco uno de los principales motivos de atención en salud es debido a enfermedades crónico-degenerativas, patologías comúnmente asociadas a la edad, siendo más frecuentes en población mayor de 60 años.

En el CESSA de Tierra Colorada ubicado en el municipio de Centro la población de adultos mayores corresponde a 2536 y es en este grupo etario en donde muchas veces el médico solo se limita a dar tratamiento farmacológico sin valorar ni escuchar las causas reales que condicionan la llegada del paciente a la consulta pudiendo encontrarse en riesgo la integridad de aquel adulto mayor que solicita ayuda mediante una agenda oculta.

La invisibilidad del paciente anciano en el ámbito sanitario se refleja en las limitaciones institucionales relacionadas con el tiempo de atención que no facilitan la labor del médico para reconocer los aspectos clínicos y emocionales. Otro factor es la hegemonía médica que no permite tomar en cuenta la opinión del enfermo

Según la OMS (2014) en el año 2050 la cantidad de ancianos que dependientes su multiplicara por cuatro en los países en vías de desarrollo, se dice que se producirá un aumento en la cantidad de personas dependientes lo que en consecuencia será un aumento de gastos para la familia, siendo una amenaza que puede propiciar la ruptura de la familia con roles inadecuados y que no se adapten al cambio.

Los recursos preventivos en la vejez pueden ir mas allá de lo clínico y visualizarse de una manera gerontológica que se apoye en el sistema familiar, social, emocional y psicológica.

La forma en que el médico familiar aborda y atiende los casos de maltrato, es determinante, por eso la importancia de analizar desde la mirada del adulto mayor, las perspectivas relacionadas con la invisibilidad, que permitan identificar las oportunidades de mejora para lograr un alto grado de satisfacción y un buen impacto en el resultado final con el cuidado de la familia, la sociedad y la asistencia sanitaria.

Por lo tanto, los datos anteriores plantean la necesidad de plantearnos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál son las perspectivas del adulto mayor con respecto a las condiciones sociales, familiares y sanitarias que intervienen en la invisibilidad?

4. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la OMS existen 141 millones de adultos mayores a nivel mundial, y el abuso va al alza, teniendo graves consecuencias sociales y psicológicas en el anciano. Datos censales de 1990 y las proyecciones de población que estima el CONAPO para 2020 en México, indican que la población de 60 años o más, pasó de 6.2% a 11.3 por ciento. Este último incremento es un indicio de que el país está pasando por un proceso de envejecimiento demográfico.

En base con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2018), hay 125 millones de personas que habitan en el país de las cuales la población de 60 años o más es del 12.3%. Como ya se mencionó México está atravesando por un proceso de envejecimiento demográfico, es decir, por un aumento de personas mayores de 60 años y la disminución de la población infantil y joven. Lo que nos indica diseñar políticas dirigidas a mejorar el bienestar en cuanto a la calidad de vida de las personas que pasan por este ciclo de vida o que en un futuro cercano la transitarán. Así lo menciona la Organización de las Naciones Unidas (ONU) cuando señala que “en las próximas décadas, muchos países estarán sometidos a presiones fiscales y políticas debido a las necesidades de asistencia sanitaria, pensiones y protecciones sociales de este grupo de población en aumento” (Organización de las Naciones Unidas [ONU]).

Estudios publicados por la revista médica The Lancet mostró que el 16% de las personas mayores de 60 años han sido víctimas de abandono y abuso psicológico, financiero, físico y sexual.

13 millones de adultos mayores en México sufren violencia, lo que equivale al 10.5% de la población en esa edad reportada en 2017. En esta etapa de la vida las

personas se encuentran más expuestas a sufrir algún atropello a sus derechos fundamentales y por lo regular no denuncian pues existe un vínculo familiar con los agresores. Entre 2014 y 2016 se presentaron 34, 200 denuncias por delitos contras adultos mayores de las cuales el 57% fue debido a delitos patrimoniales (robo, despojo, fraude, daños a propiedad privada, etc) el 16% de las denuncias realizadas fue por violencia familiar, el 8% por lesiones, mientras que el 5% fue por amenazas, un 4% por homicidio y con un bajo porcentaje el abandono de persona, violación y abuso sexual, omisión de cuidados, explotación y discriminación. Según la Comisión Nacional de Derechos Humanos la mayoría de estos abusos o maltratos son perpetrados por algún integrante de la misma familia y en mayor frecuencia por algún familiar cercano, como la pareja, los hijos, nietos, cuidadores.

En México, la razón de dependencia ha disminuido de 81 en 1990 a 60.2 personas dependientes por cada 100 personas en edades activas en 2018 y “seguirá descendiendo hasta entrada la tercera década del presente siglo A partir de entonces, esta tendencia se invertirá como consecuencia del considerable aumento de la población de la tercera edad”. El estudio del bienestar de los adultos mayores ha adquirido mayor relevancia en las últimas dos décadas a partir de que se reconoce la importancia de este grupo en la estructura poblacional en el camino hacia el futuro.

El maltrato a los ancianos es un tema que se presenta frecuentemente pero que se encuentra oculto en la sociedad y se le conoce comúnmente como maltrato invisible, en donde se atenta contra la dignidad y autonomía de una persona anciana en este caso, dicha problemática se puede presentar de distintas maneras, desde incumplimientos de horarios en sus medicamentos, hasta malas palabras que violan la integridad e intimidad del paciente.

Dentro de lo expuesto anteriormente es importante conocer la perspectiva de los adultos mayores para poder implementar un modelo de atención integral familiar, (salud física, mental y emocional, así como factores económicos, sociales y de su red familiar y social) que permita prevenir, identificar y dar seguimiento a casos de maltrato para lograr mejoras en la calidad de vida de este grupo poblacional.

5. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Analizar las perspectivas del adulto mayor acerca de las condiciones sociales, familiares y sanitarias que intervienen en la invisibilidad.

4.2 Objetivos específicos

Identificar la perspectiva del adulto mayor con respecto a las manifestaciones de invisibilidad en el núcleo familiar.

Identificar la perspectiva del adulto mayor con respecto a las manifestaciones de invisibilidad en los servicios de salud.

Conocer la perspectiva del adulto mayor con respecto a las manifestaciones de invisibilidad en la sociedad.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de investigación

Se realizó una investigación cualitativa, de tipo exploratoria, con un componente descriptivo. Se empleó la técnica de grupos focales.

6.2 Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por un grupo de adultos mayores que acuden al centro de salud con servicios ampliados (CESSA) de Villahermosa Tabasco y otro grupo que pertenecen a una asociación civil en el municipio de Centro en Villahermosa Tabasco, la investigación se llevó a cabo en el periodo comprendido de enero 2019 a enero de 2021.

6.3 Tamaño de la muestra

La muestra fue no probabilística por conveniencia, que consistió en la formación de dos grupos focales, integrados por cinco adultos mayores de 60 años del centro de salud de servicios ampliados de tierra colorada y cinco integrantes de una

asociación de adultos mayores de 60 años, quienes aceptaron participar voluntariamente en este estudio.

6.4 Criterios de selección:

6.5 Inclusión:

- Adultos mayores de 60 años o más
- Que vivan en un núcleo familiar
- Que acudan regularmente a su respectivo servicio médico.

6.6 Exclusión:

- Adultos mayores que presenten condiciones cognitivas que obstaculicen las respuestas a la entrevista.
- Adultos mayores que se retiren libremente durante el periodo de estudio.

6.7 Método e instrumento de recolección de datos

Se solicitó el permiso de las autoridades del centro de salud y directora de la asociación para poder entrevistar aquellos adultos mayores que cumplieran con los criterios de inclusión. Las entrevistas fueron grabadas en medios digitales mediante uso de aplicaciones de grabación de audio, con el consentimiento de las personas mayores, garantizando la autenticidad de los datos para el análisis. Cabe destacar que previo al procedimiento de recolección de datos, se explicó a los participantes sobre los objetivos, metodología, riesgos y beneficios del estudio, obteniendo consentimiento libre e Informado.

Para asegurar el anonimato de los participantes, fueron identificados por el símbolo gf1 y gf2, que alude a cada grupo estudiado, seguido del sexo y edad de la persona mayor. Se empleó una guía de entrevista semi estructurada con preguntas

detonadoras. El instrumento fue validado por tres expertos y se realizaron previamente pruebas piloto.

Con el propósito de explorar las perspectivas de los participantes, es decir lo que piensan, sienten y esperan los adultos mayores sobre las manifestaciones de invisibilidad, Para el trabajo con ambos grupos, la investigación se desarrolló en una sala independiente de otros servicios, donde se tomaron en cuenta las características cualitativas del estudio, se cuidaron las condiciones de confort y un clima de confianza, que propiciaran la expresión totalmente abierta y sincera, con la finalidad de dar flexibilidad a las respuestas y permitir al entrevistador a cargo conocer la percepción de los adultos mayores. La duración media de la entrevista fue de una hora. Las observaciones se registraron en un diario de campo por el investigador.

6.8 Análisis de datos.

Para el procesamiento y análisis de las perspectivas de los participantes sobre el fenómeno de invisibilidad y sus manifestaciones, se empleó el procesador de textos de Word 2018 y el software MAXQDA 2020 para análisis de datos cualitativos. Los discursos fueron transcritos de manera textual, cuidando la integridad con que fueron expresados para lograr una interpretación cuidadosa. Se codificaron y saturaron los discursos y se utilizó el método de análisis-síntesis.

6.9 Consideraciones éticas

Este estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación con seres humanos. Se consultaron los siguientes artículos en la constitución política de México, la ley general de salud concluyendo lo siguiente de cada artículo

Artículo 4.- Constitución política de México y artículo 13 de la ley general de salud: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así mismo a la

confidencialidad de sus datos y de la información recolectada ya sea de manera directa con el paciente o el expediente clínico.

Artículo 14 de la ley general de salud sobre las investigaciones que se realicen en humanos, esta investigación se ajustó a los principios científicos y éticos que la justifican.

Artículo 16 de la ley general de salud, se mantuvo la confidencialidad de los encuestados debido a que es uno de los factores primordiales en la investigación, sobre todo tomando en cuenta las directrices de la misma.

Artículo 20 de la ley general de salud se contó con consentimiento informado y por escrito de los participantes.

Todas las encuestas e instrumentos de recolección de datos fueron realizadas de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica, así como a La Ley General de Salud y la Norma Oficial Mexicana.

7. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de los discursos expresados por los adultos mayores, de acuerdo con las categorías encontradas.

7.1 Percepción del apoyo familiar

La percepción que tienen los adultos mayores acerca de la vejez se centra básicamente en lo que ellos consideran como la atención de la familia hacia sus necesidades de afecto y apoyo, expresan sensación de inutilidad por llegar a la vejez debido a la disminución de las funciones físicas. El maltrato lo reconocen dentro del núcleo familiar y saben diferenciar entre el maltrato físico y el verbal. De acuerdo con sus propias vivencias, las mujeres en su mayoría expresaron cierto tipo de maltrato verbal y en menor medida físico. Manifiestan que comen solos. Respecto a la asistencia médica y la actitud que su familia ante dicha situación de enfermedad, algunos expresaron que acuden solos a las consultas. En cuanto a las actitudes que manifiestan cuando sienten que están siendo maltratados verbalmente, respondieron que en la mayoría de las veces se desahogan a través del llanto y manifiestan tristeza y enojo. A la vez expresaron que esperan de su familia comprensión y buen trato. De igual manera consideran que lo más importante en su vida es Dios.

“vejez es la etapa de la vida en qué ya vamos hacia abajo, disminuyendo en las facultades mentales y emocionales” (Mujer de 66 años, casada) (gf1)

“Mi hija es la única que cuando a veces tiene tiempo me acompaña...Y eso que te voy a decir que siempre voy al médico solita porque no quisiera depender de ellos” (Mujer de 68 años, viuda) (gf1)

“sí, me han gritado, pero con lo poco de fuerzas que me queda, les he contestado enojado”. (Hombre de 72 años, casado) (gf1)

“pues a veces sufrimos maltrato de nuestros hijos, nos llaman la atención y a mí eso no me parece justo porque creo que cada adulto mayor merece respeto” (Mujer 68 años, viuda) (gf1)

“Cuando maltratan, a veces no con golpes, pero con palabras, también nos hacen sentir menos” (hombre, 63 años, viudo) (gf2)

“cuando me insultan y me agreden ese es el maltrato” (mujer, 66 años, viuda) (gf2)

“Lloro, de esa manera es como me desahogo en llanto” (Mujer 68 años, viuda) (gf1)

“tengo a **Dios** que ese es lo más importante para mi vida” (Mujer de 68 años, viuda) (gf1)

“yo espero todo... comprensión, atención, amor y felicidad” (Hombre de 68 años, casado) (gf2)

“pues yo lo que quiero en mi familia es que me traten bien... hasta que yo esté o mientras yo viva” (Mujer 76 años, casada) (gf2)

Figura 1. Nube de palabras representativas de las perspectivas de los ancianos ante el apoyo familiar



Fuente: Discursos de los 10 adultos mayores de los grupos focales

7.2 Percepción ante servicios de salud

En esta categoría se valora la calidad en los servicios de salud que perciben los participantes, así como lo que esperan de su médico familiar. Aquí la mayoría cataloga el servicio como regular por la falta de medicamentos y el tiempo de espera prolongado para ser atendidos, sin embargo, opinan que la atención que su médico les otorga es buena. Pero que esperan que los atiendan bien, los comprendan y que el tratamiento sea efectivo.

“el servicio es regular, por la falta de medicamentos” (Mujer de 66 años, casada) (gf1)

“pues que es regular el servicio, porque, para empezar, tardan mucho para pasar y como yo tengo que irme, ya es de noche, ya sale uno tarde y ya está oscuro y caminar por esa calle oscura da miedo” (Mujer de 76 años, casada) (gf2)

“Que me atienda bien y que su tratamiento me sirva” (Hombre de 72 años, casado) (gf1)

“pues atención mucha atención y comprensión” (Hombre de 68 años, casado) (gf2)

“Pues la verdad a mí, como te vuelvo a repetir, he pasado con varios doctores...y a mí siempre me atienden bien” (Hombre de 63 años, viudo) (gf2)

Figura 2. Nube de palabras representativas de las perspectivas de los ancianos ante los servicios de salud que reciben



Fuente: Discursos de los 10 adultos mayores de los grupos focales.

7.3 Percepción del entorno y la sociedad

En este apartado se les pidió que expresaran sus experiencias con respecto al medio social, su opinión respecto a la actitud y el trato que reciben de la sociedad en general. Ellos expresaron que se sienten invisibles a través de sentirse ignorados, que no le importan a nadie, se sienten despreciados y perciben falta de respeto en cuanto al trato por las nuevas generaciones. Lo que esperan de la sociedad es que esta mejore, que haya tranquilidad y un cambio en su actitud.

“Bueno, hay mucho desprecio hacia los ancianos” (Mujer de 66 años, casada) (gf1)

“Pues que ahí hay muchos que te diré, como que te ignoran...” (Mujer de 61 años, viuda) (gf1)

“Bueno, no tienen respeto por los adultos mayores, no les importamos” (Hombre de 72 años, casado) (gf1)

“hoy a los jóvenes les parece gracia burlarse de los adultos faltarles al respeto ya no ya no hay ese respeto...” (Mujer de 68 años, viuda) (gf1)

“tuve esa mala experiencia de un joven del barrio que estaba diciendo palabras altisonantes y yo le dije que no dijera eso porque yo iba con niños y él me mentó la madre” (Elena, 68 años, viuda) (gf1)

“Mira hija, yo he tenido muchas experiencias...porque están jóvenes creen que pueden hacer cosas, al menos mi nieto a mí me zarandó y me faltó al respeto: pinche vieja” ...y yo le dije si tú me vuelves a zarandear de esa manera no me tumbaste me hubieses tumbado créeme que me levanto y con lo que yo tuviera te iba a dar” (Mujer de 68 años, viuda) (gf1)

“me gustaría que fueran un poco más tranquilos, más amables con las personas” (Mujer de 61 años, viuda) (gf1)

“que cambien su actitud, porque la sociedad muchos se han deshumanizado... no ven el dolor ajeno, no se ponen en el zapato de otro... en años anteriores era muy diferente” (Mujer de 68 años, viuda) (gf1).

Figura 3. Nube de palabras representativas de las perspectivas de los ancianos respecto al entorno y la sociedad.



Fuente: Discursos de los 10 adultos mayores de los grupos focales.

7.4 Dependencia económica

En este apartado se les preguntó sobre su economía, si dependen de alguien más, la mayoría respondió que sus hijos los ayudan y otros viven de sus ventas y el apoyo del gobierno.

“hago tamalitos para vender, hago tortitas para vender y pues ahí me gano mis centavitos y ahora que ya me empezaron a dar lo del adulto mayor pues mejor Bendito sea Dios con eso salgo adelante” (Mujer de 68 años, viuda) (gf1)

“Pues de una tiendita y vendo comida” (Mujer de 66 años, viuda) (gf2)

“pues no es precisamente mucho, mis hijos me lo dan, más la ayuda que nos da el presidente” (Mujer de 76 años, casada) (gf2)

“Mis hijos me sostienen económicamente” (Mujer de 61 años, viuda) (gf1)

Figura 4. Nube de palabras de las perspectivas de los ancianos de todas las categorías de percepción valoradas.



Fuente: Discursos de los 10 adultos mayores de los grupos focales.

Características sociodemográficas y familiares de los adultos mayores

Se tiene claro que la población mundial ha sufrido cambios demográficos visibles en cuanto a la población de las personas mayores de 60 años, pues las cifras de este grupo etario se encuentran al alza, siendo la población femenina la más predominante y es la que tiene un envejecimiento prolongado respecto a la expectativa de vida, pero su calidad es más baja que la población masculina.

Dentro de las variables sociodemográficas de la población estudiada se observó que la mayor frecuencia de edad fue de 68 años en un 30%. En cuanto al sexo, el de las mujeres fue el grupo que predominó en un 60%. De los miembros de ambos grupos focales el estado civil con mayor predominio fue el estado de viudez en un 60%, seguido de los casados en un 40%. De acuerdo con la ocupación las labores del hogar fue el rubro con un mayor porcentaje representado por un 60%.

En cuanto a la dependencia económica se encontró que los hijos en su mayoría son los proveedores económicos, seguido de los que trabajan en ventas informales como fuente de ingresos, lo que corresponde a un 40% para ambas variables respectivamente. Se observó que es el estrato bajo el que más predomina con un 60%. (tabla 1)

Tabla no. 1 características sociales y demográficas

VARIABLES		f	%
Edad	61	1	10%
	63	1	10%
	66	2	20%
	68	3	30%
	69	1	10%
	72	1	10%
	76	1	10%
Sexo	Hombre	4	40%
	Mujer	6	60%
Ocupación	Labores del hogar	6	60%
	Trabajador (comercio informal)	4	40%
Estado Civil	Casado	4	40%
	Viudo	6	60%
Dependencia económica	Esposo	1	10%
	Hijos	4	40%
	Trabajo	4	40%
	Hermanos	1	10%
Estrato socioeconómico	Bajo	6	60%
	Medio	4	40%
	Alto	0	0

Fuente: ficha de identificación individual de ambos grupos focales.

Estructura familiar en los adultos mayores

Respecto al tipo de familia en donde en anciano cohabita, se encontró que la familia monoparental es la que predomina en un 40%.

Tabla 2. Estructura familiar de los adultos mayores

Tipo	f	%
Nuclear	2	20%
Monoparental	4	40%
Extensa	2	20%
Compuesta	2	20%

Fuente: Test APGAR familiar de ambos grupos focales

Funcionalidad familiar en el adulto mayor

En lo que respecta a los resultados de funcionalidad familiar en los encuestados, se encontró que la mayoría presentan alta funcionalidad representado en un 70%.

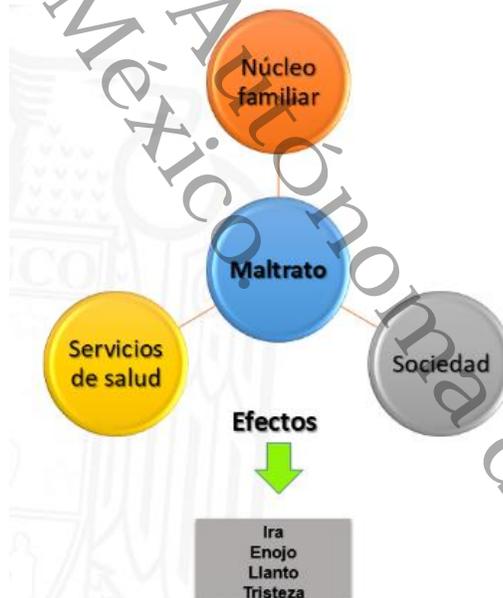
Tabla no. 3 Funcionalidad familiar en los adultos mayores

Niveles	f	%
Altamente funcional	7	70%
Moderadamente funcional	2	20%
Severamente funcional	1	10%

Fuente: Test APGAR familiar de ambos grupos focales

En las manifestaciones de invisibilidad observadas en este estudio, existe una cadena infortunada de momentos en los que a través de las perspectivas de los participantes se identifican claramente: el núcleo familiar, la sociedad y la atención sanitaria. Esta continuidad expresada no obedece a un sentido lineal en su desarrollo, sino que es circular con múltiples implicaciones que van desde el maltrato verbal, físico (zarandeo), falta de respeto, que inicia desde el abandono hasta negarles lo que por derecho debieran recibir en la atención sanitaria, sus medicamentos de manera oportuna. (Figura 6).

Figura 5. Proceso de invisibilidad en los adultos mayores



8. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que las perspectivas que tienen los adultos mayores sobre las condiciones de invisibilidad se manifiestan a través de un tipo de maltrato basado en las malas palabras, en los insultos, zarandeo y humillaciones por parte de sus familiares y la sociedad en general. El maltrato tiene un gran impacto en las personas adultas mayores, a nivel físico altera el control de sus enfermedades crónicas; en ocasiones provoca daños irreversibles en más de un órgano, lo que lo lleva al ingreso frecuente al sistema hospitalario, o a una demanda constante de atención médica, o a el incremento en la ingesta de medicamento y/o procesos de convalecencia prolongados. Los daños psicológicos favorecen la aparición de síntomas depresivos, aislamiento, sentimientos de impotencia, baja autoestima, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, mayor pérdida de autonomía y estrés, lo cual puede aumentar el riesgo de muerte. A nivel social la familia se fractura, las instituciones pierden credibilidad y se generan gastos secundarios por la atención.³⁹

La violencia verbal es un tipo de maltrato que no necesariamente llega a lo físico en la mayoría de los adultos mayores, sino que se enfoca principalmente en el ámbito de lo emocional, presentándose con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Estos resultados coinciden con Rodríguez Calvo en un estudio realizado en Camagüey Cuba, en donde predominó el maltrato psicológico en el sexo femenino dentro de esta población tanto en familias nucleares como disfuncionales y por diferencias intergeneracionales.⁴⁰

Los participantes manifestaron que la vejez es percibida como una etapa de cansancio, des validez, con sensación de deterioro cognitivo y presencia de una notable disminución de las funciones físicas, estos últimos datos son similares con la información publicada por Benini Francesco en Catalunya España, quien concluye que la imagen corporal en la vejez resultó mucho más compleja de lo esperado, que es un proceso que conlleva muchos factores y que los problemas más comunes relacionados fueron los cambios físicos.⁴¹

La mayoría de los discursos de los adultos mayores respecto a su sentir cuando son maltratados mediante palabras, coinciden en que a través del llanto y del enojo se desahogan, pero sienten tristeza, esta situación se presenta en su mayoría en el género femenino dentro del ámbito familiar. Estos resultados concuerdan con el estudio hecho por Pabón Poches y colaboradores en las ciudades de Medellín, Antioquia y Bogotá, quienes publicaron que existe una prevalencia de maltrato psicológico, hacia mujeres adultas de la tercera edad y que la mayor parte son agredidas por hijos o esposo dentro del hogar ⁴². Al respecto Teófilo Garza experto en medicina de familia, afirma que el abuso verbal en el anciano constituye una de varias modalidades de maltrato en la familia que se da por falta de conocimientos sobre el envejecimiento, lo que denota en actitudes negativas hacia este grupo etario, siendo los más afectados aquellos que padecen alguna enfermedad como demencia, pacientes altamente dependientes o con necesidades prologadas.

En la percepción que tienen los adultos mayores respecto al apoyo familiar se encontró que los dejan solos la mayor parte del tiempo, incluso comen solos, pero durante una enfermedad, es cuando los hijos se hacen presentes, se notan preocupados por su salud y están pendientes de su atención médica, evolución y tratamiento, datos que son similares a lo publicado por Valdez Huirache, en Tabasco México, en donde se menciona que el apoyo familiar que perciben los adultos mayores, se asocia a una mayor calidad de vida. ⁴³

En lo que respecta a lo que esperan de su familia, los participantes expresan el deseo de ser considerados dentro del ámbito familiar, que estén con ellos hasta sus últimos días, así como que les otorguen atención, buen trato y la ayuda necesaria que como adultos mayores necesitan. Estos resultados son similares al estudio de Gemp y colaboradores, llevado a cabo en Chile, donde los entrevistados hacen mención del anhelo de ser cuidados en sus hogares o en el de algún familiar, pero comprenden que esto es poco factible, ya que significaría una carga física, emocional y económica para el cuidador. ⁴⁴

Cuando se les hizo la pregunta detonadora acerca de lo más importante en su vida, la mayoría respondió que Dios, este dato se considera un recurso importante como factor protector, ya sea llamado fe o espiritualidad. En la medicina de familia es visto como la dimensión que da sentido a la vida de las personas y que resulta elemental para hacer frente a la vejez, la enfermedad y la muerte. Estos resultados coinciden con lo publicado en Brasil por Guerrero Castañeda, en donde también se encontró que es un recurso otorga un poder superior al anciano que da sensación de protección y fuerza para superar situaciones difíciles. Esto hace que sus experiencias de vida estén llenas de una relación espiritual y religiosa que le den sentido a su existencia y lograr su plenitud de una manera equilibrada y tranquila⁴⁵. A su vez Hadil Hassoun, menciona que a toda atención médica a pacientes mayores debe sumarse el plano espiritual ya que destaca su importancia para el fomento de la satisfacción con las relaciones sociales y el positivismo hacia la vejez, es bien conocido que la fe genera bienestar, reduce niveles de ansiedad, quitando el miedo que se tuviera de la vejez, es decir a mayor espiritualidad, menos sufrimiento psicológico y mayor bienestar personal tiene el anciano, por lo que resulta ser un factor de protección ante el sufrimiento que se sitúa al final de la vida.⁴⁶

La espiritualidad según Salas es una característica de la humanidad en la que se trata de encontrar un significado, propósito y trascendencia, experimentado la relación con el yo, con la familia y todo aquello que lo rodea. Las dimensiones biopsicosocial- espiritual se encuentran estrechamente relacionadas con el historial clínico del paciente y considera la necesidad de contar con médicos que tengan sentido de cuidado y compasión. El médico familiar debe apoyar la espiritualidad pues es considerada una dimensión esencial del paciente y de mucho valor, ya que resulta positiva al enfrentar una enfermedad en donde surgen muchas dudas respecto al sentido de la vida, el sufrimiento y la trascendencia, lo anterior mencionado pone en evidencia la necesidad de que la formación de nuevos médicos incluya una visión de integralidad planteando nuevos desafíos educativos respecto a programas que tengan una dimensión de espiritualidad para lograr una atención completa.⁴⁷

Dentro de la categoría de percepción ante los servicios de salud los adultos mayores consideraron que son regulares, pues existe desabasto de medicamentos, en relación con este resultado Arroyo Rueda menciona que, al interrogar pacientes al salir de las instituciones de salud, la mitad de estos dieron una calificación negativa de acuerdo con el trato que recibieron de los médicos, así como por largo periodos de espera y escasez de medicamentos.⁴⁸

Cuando se valoró el sentir del grupo focal respecto a lo que les agrada y lo que no de su médico familiar, sus respuestas se enfocaron en comentarios positivos, en el buen trato que recibieron del personal y esperan que siempre se les brinde una buena atención como hasta ahora. Esta información difiere de lo que afirma Copaja Romero, quien realizó un estudio en Arequipa y se menciona que el personal de salud fue poco amable con ellos, la atención brindada fue parcialmente oportuna y el personal no los llamó por su nombre.⁴⁹ Ruelas-González señala que el maltrato contra el adulto mayor es una práctica naturalizada por el personal médico, la cual se manifiesta de muchas formas debido a la falta de conciencia sobre las necesidades que representa la población mayor de 60 años.⁵⁰ Tal diferencia podría explicarse, ya que, en nuestro estudio, en la unidad de salud a la que asisten, se cuenta con un grupo de ayuda mutua donde se promueve una relación más estrecha con el médico familiar.

En la última categoría se valoró la percepción que tiene el anciano del entorno y la sociedad, ellos consideran que la actitud de las nuevas generaciones es carente de respeto, se sienten ignorados y perciben desprecio y maltrato de parte de la sociedad. Por otra parte, manifestó la mayoría de ellos, que no han sido víctimas de maltrato físico, pero sí de maltrato verbal, esto último es similar a lo que reporta Falcones Estrada quien concluye en su estudio que el 64% de los adultos mayores han experimentado algún tipo de agresión, siendo causas de esto el desamor, rencor que se generan en el núcleo familiar y mala relación⁵¹. A su vez García Rosique en Cuba publicó que la prevalencia de maltrato psicológico fue de un 100%,

en adultos mayores, entre las edades de 70 y 79 años y con un nivel escolar bajo, seguido por la negligencia o abandono.⁵²

La población bajo estudio manifestó que la sociedad en la que viven ya no es como antes y que les gustaría que hubiera tranquilidad y seguridad, esta información coincide con lo publicado por Wong y colaboradores en Hong Kong, quien dice que las personas mayores percibían una atención insuficiente entre ellos y la sociedad, que se hacía cada vez mayor y que su identidad en ella, se encontraba en desintegración.⁵³

CONCLUSIONES

Las perspectivas de los adultos mayores permiten concluir que el maltrato es una de las manifestaciones de invisibilidad que sufren en tres aspectos de su vida: el núcleo familiar, la sociedad y la asistencia sanitaria.

La invisibilidad en el adulto mayor es un desafío y una prioridad para las instituciones sociales y de salud, ya que produce una herida psicológica y moral que debe detectarse oportunamente para lograr un envejecimiento exitoso.

El médico familiar es una figura importante para el abordaje de esta problemática de gran magnitud en esta etapa de la vida, ya que, a través del trabajo con el núcleo familiar, se puede visibilizar al adulto mayor, detectar y prevenir el maltrato a través de guías anticipadas, búsqueda de recursos, identificación de factores protectores y de riesgo, así como el fortalecimiento de la dinámica familiar.

RECOMENDACIONES

Para las autoridades:

- Tomar en cuenta las perspectivas de los pacientes para el diseño de la atención médica acorde a sus necesidades.
- Capacitar al personal de salud en el manejo integral del adulto mayor
- Presencia de gerontólogo en el CESSA
- Aumentar el tiempo de la atención en consulta de medicina familiar de los adultos mayores
- Realizar un programa de mejora de la calidad para disminuir el tiempo de espera
- Gestionar la programación y surtimiento de medicamentos suficientes y oportunos.

Para el médico familiar:

- Prevenir las manifestaciones de invisibilidad como el maltrato, detección de una agenda oculta, dar seguimiento, informar y dar visitas domiciliarias
- Empoderar al adulto mayor sobre envejecimiento exitoso
- Fortalecer un plan terapéutico en las esferas biológica, psicológica y social
- Fomentar la resiliencia en el adulto mayor
- Comprometer a la familia para que sean cumplidas las tareas del desarrollo en esta etapa del ciclo vital (mediante el trabajo con familia)

Para las familias en fase de retiro:

- Obtener información sobre el maltrato e identificar las consecuencias para la salud emocional y física
- Buscar orientación con el personal de salud (médico, trabajadora social, psicóloga, abogado), sobre los servicios especializados que existen
- Participar en un programa de envejecimiento activo, aprendiendo acciones para un autocuidado efectivo, manejo de emociones, estimulación cognitiva, activación física y actividades recreativas que favorezcan la reintegración efectiva en el entorno

- Buscar apoyo en el entorno inmediato (con algún familiar, vecino o amigo)
- Una atención integral, que incluya un plan de seguridad que identifique los factores y el nivel de riesgo para una situación de maltrato, así como las áreas de oportunidad para fortalecer el empoderamiento.
- Elaborar un plan de emergencia que incluya la identificación de un lugar de seguridad, la preparación de equipaje, la documentación personal, y los datos de contactos confiables, entre otros
- Ubicar las instituciones y asociaciones de ayuda y orientación emocional, legal, y también de capacitación para el trabajo
- Ubicar lugares a dónde ir en caso que necesite dejar su casa.
- Obtener información sobre el maltrato e identificar las consecuencias para la salud emocional y física.
- Buscar orientación con el personal de salud (médico, trabajadora social, psicóloga, abogado), sobre los servicios especializados que existen.
- Participar en un programa de envejecimiento activo, aprendiendo acciones para un autocuidado efectivo, manejo de emociones, estimulación cognitiva, activación física y actividades recreativas que favorezcan la reintegración efectiva en el entorno.
- Una persona independiente (física, emocional y económicamente) tiene menor riesgo de sufrir maltrato o ejercerlo.
- Asumir que se está siendo maltratado.
- Buscar apoyo en el entorno inmediato (con algún familiar, vecino o amigo)
- Obtener orientación profesional para una atención integral, que incluya un plan de seguridad que identifique los factores y el nivel de riesgo para una situación de maltrato, así como las áreas de oportunidad para fortalecer el empoderamiento.
- Elaborar un plan de emergencia que incluya la identificación de un lugar de seguridad, la preparación de equipaje, la documentación personal, y los datos de contactos confiables, entre otros.
- Ubicar las instituciones y asociaciones de ayuda y orientación emocional, legal, y también de capacitación para el trabajo.

- Ubicar lugares a dónde ir en caso que necesite dejar su casa.
- Tener a la mano números telefónicos de ayuda (policía y atención médica).
- Pedir apoyo a un vecino para que llame a la policía o algún familiar si nota algún incidente violento.
- Tener listos algunos objetos y documentos (ropa, dinero, etc.) por si debe dejar la casa de prisa y/o tener una maleta en casa de amigos.
- Recabar información para realizar una denuncia (lugares, condiciones, etc.).
- Buscar apoyo psicoterapéutico.
- Se sugiere que el primer contacto sea con una institución de apoyo psicoterapéutico que permita elaborar la situación de crisis emocional, el sentimiento de minusvalía y culpa, que dificulta la toma de decisiones para cambios radicales como realizar una denuncia, dejar a la persona que ejerce el maltrato y buscar un nuevo entorno.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

ANEXOS

GUIA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

“INVISIBILIDAD, UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DEL ADULTO MAYOR EN TABASCO”

Buenas tardes, le agradezco el tiempo que me proporciona para poder realizar esta entrevista, los comentarios e información que no brinde servirán para el proyecto de tesis a realizar, a lo que garantizamos su total confidencialidad.

Nombre

Edad

Estado civil

¿Con quién vive usted?

Preguntas

- 1.- ¿Para usted que significa la palabra maltrato?
- 2.- ¿Para usted que significa la vejez?
- 3.-Platíqueme cómo se siente usted, de acuerdo a la vida que le está tocando vivir:
- 4.- ¿Con quién permanece la mayor parte de los días de la semana?
- 5.- ¿Quién lo acompaña cuando come?
- 6.- ¿Qué persona se preocupa que reciba ud. asistencia médica?
- 7.- ¿Qué actitud toma cuando su familia le grita o lo maltrata?
- 8.- ¿Qué actitud toma su familia cuando usted no entiende algo o se equivoca?
- 9.-¿Alguna vez le han obligado a firmar algún documento contra su voluntad y como ha sido?
- 10.- ¿Qué actitud toman sus familiares cuando usted se enferma?
- 11.- ¿Con que frecuencia lo invitan a eventos familiares?
- 12.- ¿Qué espera usted de su familia?
- 13.- ¿Para usted quien es la persona más importante en su vida?

- 14.- ¿Platíqueme como considera usted los servicios de salud que recibe?
- 15.- ¿Qué espera usted de su médico?
- 16.- ¿Qué no le gusta de su médico?
- 17.- ¿Qué opina usted de nosotros y de nuestra actitud como sociedad joven hacia a los ancianos?
- 18.- Platíqueme si en algún momento lo han empujado, golpeado, zarandeado, o le gritan o usan algún vocabulario despectivo hacia usted y como se ha sentido.
- 19.- ¿Qué no le gusta de sociedad que le rodea?
- 20.- ¿Qué espera usted de la sociedad?
- 21.- ¿De qué manera sobrevive económicamente?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Adultos mayores de 60 años

Declaración voluntaria: por este medio, siendo adulto mayor de _____ años de edad, consiento de manera voluntaria participar en este estudio de investigación, me fue explicado el fin del mismo, me fue concedido tiempo para leer este documento y las preguntas sobre el estudio han sido contestadas de manera satisfactoria y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento.

Nombre y firma: _____

Nombre del investigador: _____

BIBLIOGRAFIA

- ¹ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=00533B809FCFED34B4F6381D524628F4?sequence=1
- ² http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
- ³ Lopez R. fenómeno invisible: maltrato en los ancianos [licenciatura]. Escuela universitaria de enfermería “casa salud de valdecilla”; 2017.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/10546/Lopez%20Lopez,Rebeca.pdf?sequence=4>
- ⁴ Rivero Serrano Octavio, Martínez Luis Armando. La medicina actual. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2021 Ene 22]; 54(2): 21-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422011000200004&lng=es
- ⁵ Mendonça, C. S., Machado, D. F., de Almeida, M. A. S., & Castanheira, E. R. L. Violencia emn la atención primaria de salud en Brasil: una revisión literatura integradora. *Ciencia y salud colectiva*. [internet] 2020 [citado el 22 de enero de 2021], **25**, 2247–2257 Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>
- ⁶ Organización mundial de la salud OMS, (INTERNET) disponible en http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
- ⁷ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>
- ⁸ INEGI, Perfil sociodemográfico de adultos mayores; Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI 2014 (consultado 04/09/2018) disponible en http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf
- ⁹ Organización mundial de la salud OMS, (internet) informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, (consultado 28 de septiembre 2018) disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=73CFF98AEC6B4848AEF8F96360E82902?sequence=1
- ¹⁰ Envejecimiento y salud [Internet]. OMS. 2018 [citado 24 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- ¹¹ Nancy Guerrero-R, María Clara Yépez-Ch. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Univ.Salud. [Internet] 2015 [consultado 24 de nov.2020] 17(1): 121-130. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
- ¹² Yuly Adams. Rev. Med. Clin. Condes - 2012; [consultado 24 de nov. 2020] 23(1) 84-90. Disponible en: <https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-maltrato-el-adulto-mayor-institucionalizadoS0716864012702778#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,exista%20una%20expectativa%20de%20confianza%E2%80%9D%20>
- ¹³ ¹³ Valentina Ferrari Borba; Soledad en la vejez: el adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio; universidad de la república, facultad de psicología; [internet] 2015 [consultado 22 enero 2021]; Disponible en https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_valentina_ferrari_1.pdf
- ¹⁴ Claudia Toribio-Ferrer, Silvia Franco-Barcenas; Percepción de los adultos mayores acerca de sus vivencias en una casa de reposo; Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc; [internet] 2017 [consultado 25 sep 2018] 26(1):16-22. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2018/eim181c.pdf>
- ¹⁵ Karina Sabrina Falcones Estrada; Determinantes que desencadenan el abandono familiar de los adultos mayores de la fundación “Agua Muisne”; Pontificia Universidad Católica del Ecuador, escuela de enfermería;

[Internet] 2018 disponible en <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1592/1/FALCONES%20ESTRADA%20KARINA%20SABRINA.pdf>

¹⁶ Edquen Bustamante; principios de cuidado al adulto mayor en familias peruanas y mexicanas: estudio comparado. Salud Uninorte [internet] 2018 [consultado 6 dic 2018]. Disponible en <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=8066748e-2ca8-456b-844e-28d66d948429%40sdc-v-sessmgr06>

¹⁷ Rodríguez Calvo María Dolores, Gómez Mendoza Coralia, Guevara de León Tamara, Arribas Llopis Alina, Duarte Duran Yaima, Ruiz Álvarez Pedro. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor. AMC [Internet]. 2018 Abr [citado 2021 Ene 22]; 22(2): 204-213. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200010&lng=es

¹⁸ Eva María García-Vera, Alfredo Robles-Rodríguez, María de Lourdes Villegas-Bernabé, Juan Figueroa-García, Ada Etzel Mota-Cumpean, La comunicación médico paciente ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar?, Atención Familiar,[internet] 2016 [citado 2021, enero 22]: 23, (2): 63-66, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.03.007>

¹⁹ Jean-Claude Bourdin; la invisibilidad social como violencia; Universitas Philosophica [internet] 2010 [consultado 05 Sep 2018]; 54 (27). Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/unph/v27n54/v27n54a02.pdf>

²⁰ Valentina Ferrari Borba; Soledad en la vejez: el adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio; universidad de la república, facultad de psicología; [internet] 2015 [consultado 25 sep 2018]; Disponible en https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_valentina_ferrari_1.pdf

²¹ Carolina Riveros – Patricia Rodríguez; El maltrato estructural a personas mayores en Chile y la necesidad de formular un índice multidimensional. Rev Universum [internet] 2017 [consultado 27 sep 2018]: 32 (2). Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-23762017000200163&lng=es&nrm=iso

²² La tercera edad, vulnerable e invisible ante la violencia; [internet] disponible en <https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/1369971.la-tercera-edad-vulnerable-e-invisible-ante-la-violencia.html>

²³ Miguel Angel Serra Valdés, Girelda Cordero López; El maltrato a los ancianos o el no mejor trato. Realidad y retos. Rev. Medisur [internet] 2018 [consultado el 27 de sep 2018] Vol. 16 (2) disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000200006

²⁴ Martínez Pérez Teresita, González Aragón Caridad, Castellón León Gisela, González Aguiar Belkis. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?. Rev. Finlay [Internet]. 2018 Mar [citado 2021 Ene 21]; 8(1): 59-65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007&lng=es

²⁵ Alfonso Figueroa Lianet, Soto Carballo Dania, Santos Fernández Nilda Alina. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016 Feb [citado 2021 Ene 21]; 20(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es

²⁶ Priego HR, Arellano K, Avalos MI, Brackbien C. Invisibilidad del adulto mayor con VIH/SIDA: La percepción del médico de atención primaria en Tabasco (México). Rev. Salud Uninorte. Vol. 36 (2) 2020 - 412-424. Barranquilla Colombia.

²⁷ Dra. María D. Rodríguez Calvo; Dra. Coralia Gómez Mendoza. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor Rev. Arch Med [internet] 2018 [consultado 05 Sep 2018]; 22 (2). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200010

²⁸ Karina Sabrina Falcones Estrada; Determinantes que desencadenan el abandono familiar de los adultos mayores de la fundación “Agua Muisne”; Pontificia Universidad Católica del Ecuador, escuela de enfermería; [Internet] 2018 disponible en <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1592/1/FALCONES%20ESTRADA%20KARINA%20SABRINA.pdf>

²⁹ Tañia Ros Sánchez1- Beatriz Lidón-Cerezuela; La experiencia del empoderamiento en mujeres mayores de 65 años. Rev. Gerokomos [internet] 2017 [consultados el 27 sep 2018] vol. 29 (1). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100003

³⁰ Instituto mexicano del seguro social: Patología crónica, fragilidad y funcionalidad en adultos mayores de Guadalajara. México, Rev. Atención primaria [internet] 2018 [consultado diciembre 2018] 50 (8). Disponible en https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0212656717307928.pdf?locale=es_ES

³¹ Vargas-Santillán ML, Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. Rev. Aquichan.[internet] 2017 [consultado diciembre 2018]; 17(2). Disponible: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=767f0267-0fae-4171-a01a-4e4f66875a87%40sessionmgr4006>

³² G. Rezende, Carga sobre los cuidadores familiares de ancianos en oncológicos. medicina geriátrica europea. Rev. Medicina geriátrica europea [internet] septiembre 2017 [consultado diciembre 2018] vol. 8 (4). Disponible: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.06.001>

³³ Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo DC. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. Rev Cienc Salud. 2018;16(1):114-128. Disponible: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=ea455b47-46ea-412c-b8ec-575380447bce%40sdc-v-sessmgr02>

³⁴ Bustamante-Edquén Sebastián, Mori Flor Marlene Luna Victoria, Ojeda-Vargas María Guadalupe, Rojo-Vera Deysi, Rodríguez-Méndez Roxana, Fajardo-Ramos Elizabeth. Principios de cuidado al adulto mayor en familias peruanas y mexicanas. Salud, Barranquilla [Internet]. 2018 Apr [cited 2021 Jan 18] ; 34(1): 112-118. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522018000100112&lng=en. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.34.1.10667>

³⁵ Guerrero-R Nancy, Yépez-Ch María Clara. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Univ. Salud [Internet]. 2015 June [cited 2021 Jan 18] ; 17(1): 121-131. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000100011&lng=en

³⁶ María Fernanda Vinuesa-Veloz, Yalexis Nuñez-Rivero, María de los Ángeles Leyva-Montero, Izaida Lis Montero-López, Carlota Mónica Mera-Segovia, Determinantes sociodemográficos de violencia en adultos mayores ecuatorianos, Revista Española de Geriatria y Gerontología. [internet]. 2021 Enero [citado el 18 de enero]; 56, (1): 41-46, <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.003>

³⁷ Lázaro del Nogal, Fernández Alonso, Detección y seguimiento de malos tratos en personas mayores en un hospital terciario, Revista española de geriatría y gerontología. [internet]. 2018, [citado el 18 de enero 2021]; 53 (1) 15-18 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6272007>

³⁸ Hirt MC, Costa MCD, Arboit J, Leite MT, Hesler LZ, Representaciones sociales de la violencia contra la mujer en un grupo de ancianos rurales. Rev. Gaucha Enferm. [internet] 2018 [citado el 18 de enero de 2021] 38(4): 68209. https://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds%5b%5d=citjournalarticle_586588_15

³⁹ Gobierno de la República Mexicana. Prevención del maltrato hacia las personas adultas mayores. Secretaria de Desarrollo Social. INAPAM

40 Dra. María D. Rodríguez Calvo; Dra. Coralia Gómez Mendoza. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor Rev. Arch Med [internet]. 2018[consultado 05 Sep 2018]; 22 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200010

⁴¹ Benini Francesco. Estudio transversal sobre la vivencia de los cambios físicos en la vejez. Univ. Int. Catalunya. [internet] 2020 [Citado en 2021, enero 19]; disponible en 63

<http://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/1673/TFG%20BENINI%2c%20FRANCESCO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁴² Pabón Poches, Daysy Katherine, Delgado Meza, Jesús Armando, Maltrato en la población adulta mayor: una revisión. *Espacio Abierto* [Internet]. 2017 [citado 2021 enero 20]; 26 (2): 245-267. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12252818014>

⁴³ Valdez-Huirache Mayra Griselda, Álvarez-Bocanegra Carlos. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horiz. sanitario* [revista en la Internet]. 2018 Abr [citado 2021 Ene 20]; 17(2): 113-121. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200774592018000200113&lng=es.https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988

⁴⁴ Gempp, L., & Benadof. Percepción de apoyo familiar de adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía. *Revista Chilena de Salud Pública*, [internet] 2018 [citado 2021 enero 20]: 21(2): 142-149. Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/48911>

⁴⁵ Guerrero-Castañeda Raúl Fernando, Menezes Tânia Maria de Oliva, Prado Marta Lenise do, Galindo-Soto Jonathan Alejandro. Espiritualidad y religiosidad para la trascendencia del ser anciano. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [citado 2021 enero 20] ; 72(Supl 2): 259-265. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800259&lng=en

⁴⁶ Hassoun Hadil, Bermejo José Carlos, Villacieros Marta, Millán Asín Miguel Ángel, Arenas Antúnez Antonio. Relación entre bienestar espiritual, calidad de vida y sensación de sufrimiento en una población de religiosos mayores residentes en centros españoles. *Gerokomos* [Internet]. 2019 [citado 2021 Ene 19]; 30 (3): 124-129. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2019000300124&lng=es

⁴⁷ Salas V. César, Taboada R. Paulina. Espiritualidad en medicina: análisis de la justificación ética en Puchalski. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2019 Sep [citado 2021 Ene 20]; 147(9): 1199-1205. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000901199&lng=es

⁴⁸ Arroyo Rueda, María Concepción, & Vázquez García, Liliana. (2016). Percepción de personas mayores sobre la atención recibida en instituciones de salud de la ciudad de Durango. *Revista pueblos y fronteras digital*, 11(21), 144-172. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2016.21.12>

⁴⁹ **Copaja Romero, Carmen Teresa**, (2015) Percepción de la calidad de atención en adultos mayores usuarios del centro de salud generalísimo San Martín, distrito de Mariano Melgar, Arequipa. *Revista de Postgrado SCIENTIARVM*, [internet] 2015 [citado 2021 enero 19]; 1 (1):33-37 Disponible en: <https://www.scientiarvm.org/archivo-texto.php?IdA=16&Id=4>

⁵⁰ Ruelas-González M Guadalupe, Pelcastre-Villafuerte Blanca Estela, Reyes-Morales Hortensia. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. *Salud pública Méx* [Internet]. 2014 Dic [citado 2021 Ene 19]; 56(6): 631-637. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000600013&lng=es

⁵¹ Falcones Estrada, Karina Sabrina, Determinantes que desencadenan el abandono familiar de los adultos mayores de la Fundación "Agua Muisne". PUCESE - Escuela de Enfermería [internet] 2018 [citado 2021 enero 19], disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1592>

⁵² García Rosique Mercedes, Guisado Zamora Katia, Torres Triana Adelaida, Maltrato intrafamiliar hacia el adulto mayor en el del Policlínico Reynold García de Versalles, *Rev Méd Electrón.* [internet] 2016 [citado 2021 enero 19];38 (6): 826-836 disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68991>

⁵³ Wong Anna, K. C. Chau Anson, Yang Fang, Jean Woo, Iluminando la experiencia psicológica de los ancianos. La soledad desde una perspectiva social: un estudio de la alineación entre personas mayores y sociedad. Rev. Int.de investigación ambiental y salud publica, [internet] 2017 [citado en 2021 enero 19]; 14 (7): 824 disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/7/824/htm>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.