



Promoción del bienestar psicosocial para la prevención del maltrato en el adulto mayor

Promoción del bienestar psicosocial para la prevención
del **maltrato en el adulto mayor**



Promoción del bienestar psicosocial para la prevención del maltrato en el adulto mayor



Editora

Dra. Ma. Guadalupe Ruelas González
Investigadora en Ciencias Médicas
Centro de Investigación en Evaluación de Encuestas
Instituto Nacional de Salud Pública de México



Promoción del bienestar psicosocial para la prevención del maltrato en el adulto mayor

Primera edición, 2017

© Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

Proyecto CONACYT 248566

© Instituto Nacional de Salud Pública
Av. calle 26 N° 51 -20 CAN, Bogotá, D.C., Colombia

© Fotografía de portada: Fernando Silva
De la serie: "En pro de los adultos mayores"

Revisión de estilo

Martha Renza

Revista *Biomédica*, Instituto Nacional de Salud de Colombia

Diseño y diagramación

Johanna Lizeth Morales López

Revista *Biomédica*, Instituto Nacional de Salud de Colombia

ISBN 978-958-13-0176-8

Impreso y hecho en Colombia y México

Printed and made in Colombia and México

Citación sugerida:

Ruelas-González MG., editora. Promoción del bienestar psicosocial para la prevención del maltrato en el adulto mayor. Primera edición. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2017

Promoción del bienestar psicosocial para la prevención del maltrato en el adulto mayor

Editora

Dra. Ma. Guadalupe Ruelas González

Investigadora en Ciencias Médicas
Centro de Investigación en Evaluación de Encuestas
Instituto Nacional de Salud Pública de México

Sobre los autores

María Guadalupe Ruelas González

Doctora en Ciencias de la Salud Pública con área de especialización en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Mención Honorífica en la Maestría en Investigación de Servicios de Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México y Licenciada como Cirujano Dentista de la misma universidad. Actualmente es investigadora y docente del Centro de Investigación de Evaluación y Encuestas del INSP e investigadora de nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores. Sus investigaciones se centran en temas relacionados con adultos mayores, violencia, salud y género, entre otros. Ha sido autora y coautora de artículos científicos publicados en revistas especializadas, así como de capítulos de libro y libros, y ha recibido diversos premios y reconocimientos a nivel internacional. • guadalupe.ruelas@insp.mx

María de Lourdes Vargas Santillán

Pasante de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex), Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública del Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública, Licenciada en Enfermería de la UAEMex, y diplomada como educadora en diabetes por parte de la Federación Mexicana de Diabetes. El líder del cuerpo académico "Salud de la Comunidad" y ha desarrollado investigaciones sobre la implementación de estrategias para el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y con dependencia. • celulalula1974@gmail.com

Emmanuel Poblete Trujillo

Maestro en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), Máster Universitario en Gerontología Social de la Universidad de Jaén, España, y Licenciado en Psicología del Centro Internacional de Estudios Superiores de Morelos (CIES). Actualmente es docente de la Facultad de Psicología de la UAEM. Es coautor de capítulos de libros dedicados al envejecimiento, la migración y la medicina familiar, y ha presentado trabajos en eventos científicos nacionales e internacionales.

• emmanuel.pobletet@uaem.edu.mx

Pedro Jesús Saturno Hernández

Doctor en Salud Pública y Maestro en Salud Pública de la Universidad de Harvard, Estados Unidos, y Licenciado en Medicina de la Universidad de Murcia, España. Actualmente se desempeña como Director General Adjunto del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del INSP. Es investigador en ciencias médicas, categoría "D", e investigador de nivel 2 del Sistema Nacional de Investigadores. • pedro.saturno@insp.mx

Jorge Martín Rodríguez Hernández

Médico egresado de la Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Epidemiología de la Universidad del Valle, epidemiólogo de campo del Instituto Nacional de Salud de Colombia, y egresado del Doctorado en Ciencias de la Salud Pública con área de especialización en Epidemiología del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Tiene más de 17 años de experiencia docente en epidemiología, bioestadística y metodología de la investigación. Ha sido director, coordinador, asesor y miembro del equipo investigador en proyectos sobre epidemiología de la violencia, análisis de la situación de salud, epidemiología de los servicios de salud, vigilancia en salud pública, y epidemiología de lesiones causadas por el tránsito en México y Colombia, entre otros. Es autor de más de 40 publicaciones entre libros, capítulos de libros y artículos en revistas indexadas. Actualmente es el Director de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud de Colombia.

• jrodriguez@ins.gov.co

Beatriz Arana Gómez

Licenciada en enfermería, Maestra en Estudios para la Paz y el Desarrollo y Doctora en Enfermería de la Universidad de Sao Paulo, Brasil. Tiene estudios en sexualidad humana, un Diplomado en desarrollo humano, en musicoterapia y una especialidad en psicoterapia. Es docente desde hace 27 años en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México en los niveles de licenciatura y posgrado de enfermería, así como en la Licenciatura de Gerontología en el Doctorado de Ciencias de la Salud. Ha participado como ponente y conferencista a nivel nacional e internacional. Ha realizado trabajos de investigación, principalmente en temas sobre la salud de los adultos mayores y su cuidado, y ha publicado artículos en revistas a

nivel internacional. Ha sido coautora en los libros “Evolución y Desarrollo de Enfermería” y “Cuidado Profesional de Enfermería”. Es líder del cuerpo académico “Cuidado profesional de enfermería”. • betya18@yahoo.com.mx

María de Lourdes García Hernández

Doctora en Ciencias de la Salud y docente en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), y exbecaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Ha sido conferencista a nivel nacional e internacional y ha desarrollado las líneas de investigación “Generación y Aplicación del Conocimiento (LGAC)” y “El cuidado de enfermería y el paradigma social de la educación en la salud”. Ha publicado en revistas nacionales e internacionales y es autora de diversos libros sobre temas de enfermería. Ha realizado estancias académicas y de investigación en el extranjero. Es profesora con perfil ‘Promep’ de la Secretaría de Educación Pública y está certificada por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería. En su trayectoria ha tenido diferentes cargos administrativos en el Colegio de Profesionales de la Enfermería del Estado de México y en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMex. • luygaba@yahoo.com.mx

Estela Melguizo Herrera

Enfermera, magíster y doctora en enfermería. Profesora titular y Jefe del Departamento de Investigaciones Científicas de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, Colombia. Líder del grupo de investigación “Cuidado y Vida” donde adelanta investigaciones con la población de adultos mayores, las cuales han motivado un capítulo del libro *Avances en el cuidado de enfermería*, así como de los libros *Cultura del cuidado de la salud*, *Creencias y prácticas de cuidado de la salud de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza* y del libro *Jodidos, pero contentos* y varios artículos publicados en revistas científicas. • esmelguizo@hotmail.com

Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

Doctora y Maestra en Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona; Licenciada en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Trabaja como profesora e investigadora en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública; es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel 2 y líder de la línea de investigación institucional “Salud y Grupos Vulnerables”. Sus temas de interés son las personas adultas mayores, los grupos indígenas y los migrantes.

• blanca.pelcastre@insp.mx

Estela Melguizo Herrera

El llegar a la vejez es todo un desafío que la humanidad ha sorteado de manera exitosa. En todos los países del mundo se ha logrado “dar más años a la vida” al aumentar la expectativa de vida, lo cual ha implicado grandes desarrollos a nivel tecnológico, social, político y sanitario. Ahora, los profesionales del cuidado, las familias y el estado enfrentan el reto de asegurar la calidad de vida en esta etapa del desarrollo de las personas.

Por desgracia, en muchos países del mundo llegar a viejo resulta un reto que trastoca todas las esferas de la vida de las personas: la física, la psicológica, la social y la espiritual. La merma de sus capacidades físicas poco a poco va afectando la manera en que los adultos mayores se relacionan en sociedad, y aunque en países desarrollados se están preparando para el envejecimiento poblacional, creando ciudades amigables con el adulto mayor, esto no sucede en todos los países. Por otro lado, la diversidad en la demanda de cuidados que requieren los adultos mayores también modifica la forma en que la sociedad y la familia los trata y, aunque esta situación depende de diversos factores culturales, socioeconómicos y cívicos, es cierto que se presentan situaciones incómodas que los afectan, incluso situaciones de maltrato.

El maltrato del adulto mayor es un tema que poco se toca en la actualidad debido a su escasa difusión, y al hecho de que debe ser tratado de forma multidisciplinaria dados los múltiples factores que intervienen en su génesis. Es por ello que valoro y celebro que un grupo de colegas se reúnan e investiguen sobre los problemas de los adultos mayores y divulguen los resultados de sus estudios ante la comunidad científica. El maltrato en un grupo de alta vulnerabilidad como el de los adultos mayores debe abordarse desde un enfoque preventivo y resaltar los aspectos positivos del envejecimiento, muchas veces minimizados socialmente a causa de estereotipos y prejuicios sobre la vejez, pues constituye una problemática crítica en las sociedades actuales.

Es grato contar con este libro que recopila evidencia científica y el saber acumulado a través de los años, y refleja el avance de estudiantes de maestría y doctorado en el logro de sus competencias investigativas. Los temas que incluye son urgentes y se dirigen a los cuidadores de adultos mayores y a la sociedad en general en todos los contextos, ya que propician la reflexión y proponen alternativas para el cuidado de quienes enfrentan la vejez, favoreciendo así una aproximación holística.

Felicitamos a los autores por este importante logro para la disciplina y para sus carreras profesionales. Este libro, sin duda, será un referente en la promoción de la prevención del maltrato de los adultos mayores a nivel nacional e internacional. Invito a los profesionales de la salud a retomar las ideas que se exponen en él acerca de cómo se concibe la salud física, mental y social de los adultos mayores y, en especial, el bienestar psicosocial orientado a dignificar la vejez y promover un trato más humano hacia las personas mayores quienes, poco a poco, serán la mayoría en nuestra sociedad.

| | |
|---|----|
| Introducción | 15 |
| Capítulo 1. Bienestar | |
| Introducción: | |
| relevancia individual y social del bienestar en la vejez | 19 |
| Concepto de bienestar | 21 |
| Bienestar social | 23 |
| El bienestar en el adulto mayor | 24 |
| Conclusiones | 26 |
| Capítulo 2. Promoción de la salud en los adultos mayores | |
| Introducción | 31 |
| La promoción de la salud, una acción necesaria | 32 |
| Los derechos, los valores y las diferencias | 35 |
| Conclusiones | 37 |
| Capítulo 3. Percepción del estado de salud en el adulto mayor con enfoque de género | |
| Introducción | 39 |
| Percepción del estado de salud | 39 |
| Autopercepción del estado de salud en los adultos mayores | 40 |
| Envejecimiento poblacional | 41 |
| La percepción del estado de salud con enfoque de género | 42 |
| Estudio sobre la percepción del estado de salud en el adulto mayor con enfoque de género | 43 |
| Capítulo 4. Programa de promoción del bienestar psicosocial para la prevención del maltrato en el adulto mayor | |
| Presentación del programa | 55 |
| Fundamentación teórica del programa | 56 |
| Adecuación y objetivo general del programa | 62 |
| Metodología educativa | 63 |
| Organización de los contenidos | 64 |
| Procedimiento de las sesiones | 65 |
| Evaluación del programa | 67 |
| Contenidos y actividades de los módulos del programa | 69 |

| | |
|---|----|
| Módulo 1. Recursos psicológicos del adulto mayor | 69 |
| 1.1. Autoconcepto | 69 |
| 1.2. Autoestima | 70 |
| 1.3. Autoeficacia | 70 |
| 1.4. Resiliencia | 71 |
| Módulo 2. Recursos sociales del adulto mayor | 72 |
| 2.1. Convivencia familiar | 73 |
| a. La familia como sistema | 73 |
| b. La historia familiar y la afectación de las relaciones | 74 |
| c. Comunicación e intercambio entre generaciones | 74 |
| d. El cuidador y sus implicaciones en el maltrato de los adultos mayores | 76 |
| 2.2. Cultura | 77 |
| a. Teorías sociales que explican el maltrato | 77 |
| b. Derechos de los adultos mayores | 78 |
| 2.3. Redes de apoyo social | 80 |
| a. Tipos de redes de apoyo | 81 |
| b. Redes de apoyo para los adultos mayores en México | 81 |
| Fichas descriptivas de los módulos temáticos | 83 |
| Referencias bibliográficas | 99 |

Introducción

*María Guadalupe Ruelas González
Ma. De Lourdes Vargas Santillán*

La vejez representa una etapa de constantes retos derivados de los cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales a los que se enfrentan las personas, pero también por los cambios en las formas en que la sociedad percibe y valora a los adultos mayores y el trato que les brinda. Si bien es sabido que la vejez es una etapa de constantes pérdidas, es urgente reconocer que ello no se puede generalizar, pues que como lo ha señalado la Organización Panamericana de la Salud, OPS, (1999): “no se puede hablar de la vejez en singular, sino de las vejeces”, lo cual sugiere que no deben considerarse únicamente las deficiencias propias de la vejez e ignorar la trayectoria de vida, ya que esta es la que le brinda sentido y coherencia desde una justa perspectiva.

Quienes no hemos tenido la dicha de llegar a esta etapa, a veces enfatizamos los aspectos desagradables y nos preguntamos si en realidad valdría la pena llegar a ella, justo ahora que se ha logrado un incremento significativo del promedio de vida y cuando estamos inmersos en un proceso de envejecimiento poblacional. De ahí que es necesario rescatar los valores positivos del envejecimiento y dignificar esta etapa tan importante en la que el ser humano alcanza la plenitud y se hace consciente de lo esencial de la vida.

Cuando la sociedad le da prelación a los valores materiales se vulneran los derechos y la dignidad de las personas, especialmente de las más vulnerables. Este es el caso de los adultos mayores, quienes pueden verse en un contexto de condiciones sociales, económicas, físicas y psicológicas adversas. Según la Encuesta Nacional de Discriminación (ENADIS, 2010) de México, los adultos mayores perciben mayores dificultades para vivir en comunidad debido a las barreras ideológicas, físicas y económicas que limitan su participación en los diversos ámbitos de la vida social. Cabe comentar que estas barreras obedecen no solo a la falta de recursos o a las limitaciones físicas, sino también a la poca promoción de los derechos de los adultos mayores y a los estereotipos y prejuicios que los afectan y que todavía son socialmente aceptados.

En contextos en los que prevalecen estos prejuicios y estereotipos, los adultos mayores tienen dificultades para relacionarse socialmente, lo cual deteriora progresivamente sus recursos psicológicos internos (autoestima, autoconcepto, resiliencia) y afecta negativamente su auto-percepción. Por otro lado, el ambiente violento que hoy prevalece en nuestras sociedades, los hace vulnerables frente al maltrato y los expone a situaciones que los alteran y les producen estrés, incomodidad, malestar emocional e incluso físico.

“El maltrato de las personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión” (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2002). El maltrato no solo es pérdida del bienestar de los adultos mayores, también causa daño al individuo y a toda la sociedad. Sin embargo, el maltrato puede prevenirse con la participación de todos los integrantes de la sociedad.

El maltrato hacia las personas mayores ha sido motivo de preocupación de muchas organizaciones internacionales (OMS, 2006), las cuales han establecido lineamientos para su detección y atención. Dichos organismos plantean la necesidad de visibilizar el problema, pues en algunos contextos se ha normalizado, por lo que es necesario promover estrategias de protección del adulto mayor y de promoción de una cultura de respeto a sus derechos.

Desde hace varios años el Instituto Nacional de Salud Pública de México ha venido desarrollando estudios sobre el maltrato hacia los adultos mayores. Como resultado de dicho trabajo, se presenta a continuación un programa para la promoción del bienestar y la prevención del maltrato a los adultos mayores con estrategias basadas en el ejercicio pleno de sus derechos. El programa pretende coadyuvar en el desarrollo de habilidades intrínsecas en los adultos mayores que les permitan manejar aquellas situaciones que les puedan causar molestia.

Este libro está dirigido a las personas que están en contacto con adultos mayores, y también a todos aquellos interesados en prevenir el maltrato. En el primer capítulo se introduce al lector en el concepto de bienestar, sus alcances y limitaciones, y se rescata la importancia del bienestar de los adultos mayores. En el segundo capítulo se hace referencia a la promoción de la salud, señalando los diferentes ámbitos desde los cuales es posible abordar el tema: la percepción, el género y las políticas públicas, por mencionar algunas. En el tercer capítulo se presentan los resultados

de una investigación cualitativa que puso de manifiesto la necesidad de conocer la percepción del propio estado de salud en un grupo de adultos mayores desde la perspectiva de género, así como de incorporar tales aportes a la creación de programas de promoción de la salud.

Por último, en el cuarto capítulo, como resultado del proyecto de investigación “Evaluación e implementación de un modelo integrado para la atención de adultos mayores maltratados”, financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) de México, se presenta el programa de promoción del bienestar psicosocial para la prevención del maltrato en el adulto mayor. Este programa es fruto de varios años de trabajo basado en un diagnóstico situacional sobre el maltrato en adultos mayores de cuatro estados de la República Mexicana, tomando en cuenta el aspecto sociocultural de la vejez en México.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud (1999). Año internacional de las personas de edad. Active aging. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2017. Disponible en: <file:///C:/basisbwdocs/documentos/documentos/...acional%20de%20las%20Personas%20de%20Edad.htm> (1 de 13) [23/05/17]
 2. Barba, C. (2010). Reseña de “Encuesta Nacional sobre Discriminación en México/Enadis 2010. Resultados sobre zonas metropolitanas de México, Guadalajara y Monterrey” del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación 2012, XIX (Mayo-Agosto). Fecha de consulta: 22 de mayo de 2017. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13824291011> ISSN 1665-0565
 3. Organización Mundial de la Salud (2006). Repercusión mundial del envejecimiento en la salud. Ginebra: OMS; 2006.
-

Bienestar



*María Guadalupe Ruelas González
Emmanuel Poblete Trujillo
Ma. De Lourdes Vargas Santillán
Jorge Martín Rodríguez Hernández
Pedro Saturno Hernández*

Introducción: relevancia individual y social del bienestar en la vejez

Cuando se habla de bienestar, es posible que este se asocie a un estado en el cual el ser humano se encuentra en equilibrio tanto físico como mental, relacionado con emociones positivas como la sensación de felicidad y plenitud (Fernández, Muratori & Zubieta, 2013). Pero cabe preguntarse: ¿qué tanto abarca este término?, ¿cómo se experimenta el bienestar social durante la vejez?

El tema ha sido motivo de controversia a lo largo del tiempo en el mundo, y ha suscitado investigaciones encaminadas a lograr un entendimiento certero y completo de su dimensión. Durante la vejez el deterioro físico, mental y social modifica esta sensación de bienestar y, además, en este ciclo vital el componente social es muy importante para que la persona se sienta completamente integrada y aceptada (Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, Chile, 2012).

Sempere, Acosta, Abdallah y Ortí (2010), coinciden con lo anterior al señalar que la búsqueda de elementos positivos como el bienestar y la felicidad, que en la práctica se traducen en el buen vivir, ha sido desde hace tiempo el objetivo no solo de los individuos, sino de las sociedades en su conjunto. Sin embargo, debido a los diferentes enfoques surgidos en torno a su estudio, ha variado la forma de definirlo, medirlo e, incluso, de llevarlo a la práctica.

Para Durkheim (1893), cuanto menor es la división del trabajo en las sociedades, mayor es la vinculación de los individuos con el grupo social. Es decir, el individuo como ser social, se encuentra determinado por sus interacciones sociales. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud

(OMS, 2016), coincide en señalar que, dentro de un grupo, los individuos deben percibirse como una unidad, es decir, consolidar un sentido de pertenencia que les permite pensar y pensarse como grupo.

La complejidad del estudio del bienestar humano es evidente, por lo cual se evidencia la falta de consenso en la comunidad científica. Dicha complejidad está determinada en gran parte por su carácter temporal, así como por los múltiples factores objetivos y subjetivos que lo determinan. Otro elemento clave que ha impedido arribar a un consenso en torno a su conceptualización y medición es la variedad de enfoques que han surgido para explicar el tema del bienestar (García & González, 2000).

Bienestar económico y psicológico

Valdés (1991) señala que el concepto de bienestar combina características de dos tipos: por un lado, las que aluden a condiciones propias de la persona, tales como su posesión o acceso a ciertos bienes materiales o externos (su riqueza, su poder, las comodidades, acceso a educación, salud, etc.) y, por otra parte, aquellas que apuntan al disfrute de ciertos estados internos de la persona considerados como valiosos (felicidad, sentimiento de dignidad, esperanza, etc.). En este sentido, el estado de bienestar podría considerarse como el grado más alto del sentimiento de plenitud, que se ve reflejado en el contexto personal, familiar y social, y en el cual se incluye la satisfacción social, psíquica, económica y espiritual, entre otras (Muñoz & Alonso, 2012).

Bienestar físico

Diversas investigaciones sobre el estado de bienestar se han propuesto determinar su relación con algunas variables. Se ha comprobado, por ejemplo, que existe una relación con los hábitos saludables, ya que el ejercicio regular puede tener efectos beneficiosos sobre la salud psicológica de las personas. En este sentido, Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez (2007) afirman que el bienestar psicológico se encuentra asociado a la práctica del ejercicio físico, independientemente del tipo de ejercicio que se practique. Las personas que tienen actividad física de manera frecuente se perciben como más saludables, con menores niveles de estrés y, por ende, con un mejor estado de ánimo, a diferencia de aquellas que no la tienen.

El bienestar desde la dimensión social

La búsqueda del bienestar es un asunto común de la sociedad. Vivir bien, tener equilibrio personal, psicológico y social ha sido y será el objetivo de las sociedades (Valdés, 2015). Del mismo modo, el autor señala que si bien la dimensión personal resulta importante, también lo es la vida social, ya

que representa una parte importante del ser humano porque constituye el fundamento de su estructura social y representa el conjunto de las relaciones personales de cada individuo. El tener y mantener una vida socialmente activa, un sentido de pertenencia y una identidad personal y de grupo son solamente algunos de los elementos que contribuyen al bienestar. Es evidente, entonces, que estudiar el bienestar tomando en cuenta elementos fundamentales estrechamente vinculados a la felicidad de las personas, y, sobre todo, poder intervenir en lo que resulte pertinente, es de gran importancia a nivel social e individual.

El concepto de bienestar

El término bienestar tiene su origen en el concepto de welfare state, surgido a raíz de la Gran Depresión o crisis de 1929, época en la cual se experimentó una profunda recesión económica a nivel mundial que se consolida después de la Segunda Guerra Mundial, en 1945, y que desemboca en el estado de malestar social característico de ese periodo (Gustems, 2014).

Según Westgate (1996), el término bienestar apareció como parte de una transformación paralela en la definición de salud, la cual se orientó hacia una perspectiva holística e 'interrelacionar' centrada en examinar el funcionamiento del ser humano. La perspectiva holística transformó las nociones de salud y quizás fue el catalizador que inició la transformación del movimiento de bienestar (Foster & Keller, 2007). Asimismo, en 1961, Halbert describió este concepto como un estilo de vida para buscar su calidad en lo físico y lo psicológico (Foster & Keller, 2007).

Una vez instaurado el estado social de bienestar, el ser humano tiende a buscar el sentido de su existencia en manifestaciones tanto materiales como espirituales y, en general, todas aquellas que resultan de la realización de los deseos y los anhelos, así como de los planes de vida personales y sociales. López, Munguía y Aranda (2015), definen el bienestar como un estado dinámico en el que las personas pueden lograr sus metas u objetivos tanto personales como sociales.

Cabe señalar que, en muchos de los casos, suele confundirse el concepto de felicidad o satisfacción con el de bienestar subjetivo. No obstante, este último resulta un concepto mucho más amplio que, de hecho, incluye tanto la satisfacción como la felicidad, y también puede abarcar otras emociones positivas (Sempere, Acosta, Abdallah & Ortí, 2010).

Al respecto, Cuadra & Florenzano (2003) señalan que si bien son varios los conceptos que pueden relacionarse con la felicidad, por ejemplo, la calidad de vida, el bienestar subjetivo, la satisfacción vital y el bienestar social, actualmente se ha alcanzado el consenso en torno a dos aspectos: 1) el

bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva, y 2) el bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos y emocionales, es decir, a los estados de ánimo propios de las personas, y otra centrada en los aspectos cognitivos valorativos relacionados con la evaluación de la propia vida.

Uribe (2004), por su parte, menciona que la noción de bienestar hace referencia a los efectos del desarrollo sobre el individuo, las familias y la sociedad, mientras que en el extremo opuesto se pueden encontrar fenómenos como la privación, la miseria, la hambruna, etc., es decir, elementos que van en contra de la dignidad de las personas y, por ende, de su bienestar.

Otra definición es la que proporciona Holmes (2014), quien plantea que el bienestar es aquella situación en la que se está cómodo, saludable o feliz. Así pues, el bienestar no se obtiene en una sola dirección, más bien sería multidireccional, ya que para lograr la plenitud total es importante considerar los diversos aspectos que hacen que el ser humano se sienta, piense y crea que se encuentra bien.

Por otro lado, Muldoon, Gómez & Enrique (2015) señalan que los anhelos sociales de bienestar no son los mismos para todos y que, además, cambian con las épocas. Son tan relativos que dependen tanto del contexto de los sujetos y de las demandas culturales, así como de los modos específicos de cada grupo social.

Seligman (2011), por su parte, considera que el término de bienestar es más amplio que el de felicidad, pues es más que un estado de ánimo basado en la alegría. Este autor encontró cinco aspectos importantes que conducen al bienestar: tener relaciones interpersonales, involucrarse o comprometerse con lo que se hace, ser positivos, tener un propósito o sentido en la vida y alcanzar metas.

Asimismo, el bienestar se cataloga como un continuo y no como un concepto estático que tiene final. En este contexto, Egbert (1980) resumió las áreas centrales del bienestar como una combinación de un sólido sentido de la identidad, una perspectiva orientada a la realidad, un propósito claro en la vida, el reconocimiento de una fuerza unificadora de la existencia, la capacidad de manejar creativamente los asuntos y mantener una visión esperanzadora, y la capacidad de establecer relaciones abiertas e inspiradoras. Hay varios componentes que influyen en el bienestar: el estado físico, emocional y psicológico, el social, el espiritual, el intelectual, el laboral, y en cuanto al ambiente, implica alcanzar un equilibrio dinámico entre la vida en el trabajo y en el hogar. Cada dimensión es integral y ninguna opera de forma independiente (Foster & Keller, 2007).

Por todo lo anterior, parece que el concepto de bienestar engloba una amplia gama de tipos de bienestar: el subjetivo, el psicológico, el social, el personal y el espiritual, entre muchos otros. Sin embargo, cabe señalar que la variable común de estos tipos de bienestar se centra en la calidad de vida de las personas. Específicamente, en relación con el “bienestar psicológico”, sus inicios pueden situarse en autores como Maslow, Royers o Allport, quienes se refirieron al crecimiento personal y al desarrollo del potencial humano; en cuanto al bienestar subjetivo, mencionan aspectos como la felicidad y la satisfacción (Fernández & Goñi, 2011).

En esta línea, Ryan & Deci, citados por Brais & Ureña (2015), consideran que el bienestar psicológico trasciende los estados afectivos y las valoraciones a partir de la satisfacción vital, y proponen que el bienestar se encuentra en aspectos que buscan y facilitan la realización de las personas y su desarrollo óptimo, es decir, aquellas que están encaminadas al logro personal. Ryff, citado por Olavarría (2015), propone seis dimensiones que integran el bienestar psicológico: la propia aceptación, las relaciones positivas, el dominio del entorno, la autonomía, los propósitos en la vida y el crecimiento personal.

Por otra parte, el bienestar subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognitivas y afectivas a las que llegan cuando evalúan su existencia (Cabrera, 2011). Es decir, tiene que ver con la autoevaluación que las personas hacen de sus propios criterios sobre los diferentes ámbitos de su vida.

Al estudiar el bienestar subjetivo, García & Sales (2011) han señalado que tanto los indicadores económicos como los sociales resultan insuficientes para determinar la calidad de vida de una persona. Se ha observado que la variable ingreso constituye una medición inexacta del bienestar, pues, aunque al analizar la relación entre ingreso económico y bienestar se ha encontrado una asociación positiva entre ambas, no se establece, sin embargo, una cohesión perfecta entre ellas. El estado de bienestar no se puede determinar únicamente por el ingreso, debido a que se encuentra relacionado con diferentes dominios de la vida de una persona y no únicamente con las condiciones materiales.

Con base en lo expuesto, cabe señalar que el bienestar subjetivo se encuentra determinado, en gran parte, por la evaluación que hace cada persona de las diferentes dimensiones de su vida, es decir, la salud, el contexto laboral o familiar, etc. (García & Sales, 2011).

Bienestar social

Los seres humanos tenemos la capacidad de darle un sentido a todas las cosas con las que interactuamos día a día, con lo cual estructuramos el

mundo social de acuerdo a nuestras creencias y nuestra cultura. Erikson, citado por Sokol (2009), cree que el individuo no puede entenderse si se lo separa de su contexto social. El hombre se ve afectado por la sociedad, la cual tiene influencia en nuestra estructura psíquica; por último, toda conducta social se interioriza y dota al sujeto de ciertas características uniformes, pero que dependen de la percepción de cada individuo (Pons, 2013).

Keys, citado por Alonso & Martínez (2011), define el bienestar social como aquella valoración que las personas hacemos de las circunstancias y de nuestro funcionamiento en la sociedad. El autor establece cinco dimensiones que integran el bienestar social: la integración social, la aceptación social, la contribución social, la actualización social y la coherencia social. Por su parte, Zubieta & Delfino (2010) consideran que el bienestar social se relaciona con indicadores de pertenencia a asociaciones cívicas (asociacionismo cívico) y de conducta 'prosocial'. La integración y la contribución social son especialmente elevadas en las personas que trabajan con otros vecinos para resolver problemas, por lo cual el bienestar social se relaciona con la creación, mantenimiento y promoción de las relaciones que tejen los individuos con el entorno social en el que se desenvuelven.

El bienestar en el adulto mayor

Zaidi (2014) alude a un aspecto crucial en la teoría del ciclo vital: los individuos son agentes activos en la construcción de sus vidas. Podría pensarse que, durante la vejez, ya sea en su última etapa o después de los 65 años, el ser humano ya posee un grado de estabilidad en su desarrollo personal y en su identidad. Se cree, además, que el grado de bienestar en la juventud es proporcional al estado de bienestar que deberá tener el adulto mayor. Sin embargo, difícilmente podría ser así, ya que debemos considerar que las personas enfrentan distintos cambios a lo largo de su vida.

Ciertamente, a medida que pasa el tiempo se experimentan ciertas vivencias: la ausencia de los hijos, la incapacidad de la actividad laboral, la falta de fuerza y la dependencia, que determinan que el bienestar dependerá fundamentalmente de la estabilidad mental que se tenga o de las técnicas que se utilicen para confrontar estas situaciones.

Las personas, al parecer, tienen la tendencia a relacionar el bienestar únicamente con la esfera biológica, de forma que si la persona no tiene enfermedades o deficiencias podría decirse que está en perfectas condiciones y, por ende, en un estado de bienestar pleno. No obstante, aunque esta esfera es esencial, es necesario resaltar la importancia de otras dimensiones psíquicas y sociales, pues muchas veces se descuidan y se le da prelación a lo físico, sobre todo en el caso de los adultos mayores.

Es cierto que la influencia del estado de salud del adulto mayor en la percepción del bienestar es importante, como bien lo afirma Satorres (2013): “Centrarse en las cualidades humanas amortizará estas situaciones de adversidad, lo que promoverá un mayor bienestar”.

Con el paso del tiempo se presentan cambios importantes en nuestro estilo de vida, pero es la vejez la que se asocia con un inexorable conjunto de cambios, tanto físicos como cognitivos, y, sobre todo, sociales. Hay elementos que nos diferencian notablemente unos de otros, como son las circunstancias socioculturales, las experiencias negativas o desalentadoras, así como las positivas o de triunfo, pues constituyen aspectos que moldean constantemente nuestra identidad forjando rasgos propios e irrepetibles en cada cual (Bostrom & Sandberg, 2011). Un ejemplo de ello es el periodo de jubilación, en el cual la persona deja de trabajar activamente y pasa a disfrutar de la última que tiene que ser remplazada en cuenta y sus condiciones mentales no importaran usando la pieza que tiene que ser remplazada como etapa de su vida. Cuando esto ocurre, el círculo social de amigos y compañeros de trabajo disminuye drásticamente y, en consecuencia, la interacción social se ve afectada. Es sumamente importante tener en cuenta que en esta etapa, el senescente tiene una menor capacidad de adaptación ante los cambios y le adjudica un papel importante a los problemas psicológicos por los cuales está atravesando, como la dificultad para adaptarse a nuevas situaciones existenciales que afectan su forma de percibirse a sí mismo y de percibir la vida, y ello afecta su bienestar (Foro federal interinstitucional sobre estadísticas relacionadas con el envejecimiento, citado por MacMahon & Fleury, 2012).

Según Daniel (2012), los factores biopsicosociales inciden negativamente en la salud de los adultos mayores causándoles diversos trastornos psicológicos y emocionales. La falta de contacto social es causa de depresión, ansiedad y estrés, y limita su salud funcional y su capacidad para afrontar las agresiones del medio. Indudablemente, para la persona como ser social dotado de emociones y sentimientos, la interacción con el resto de los seres humanos se ha convertido en un conjunto de costumbres, hábitos y tradiciones fundamentales para su bienestar mental.

Otro aspecto que afecta el bienestar se relaciona con el cumplimiento de objetivos: al parecer desde que nace, el ser humano se ve forzado a satisfacer necesidades para lograr su bienestar. La necesidad como respuesta del organismo ante una carencia o escasez de “algo” va encadenada a una disposición psicofísica innata, que influye y estimula al organismo a satisfacerla lo antes posible; cuando estas necesidades no pueden ser satisfechas de manera oportuna, se generan estados conflictivos de ansiedad, frustración y, en muchos casos, agresividad.

Maslow, citado por Herrera (2011), refiere que las necesidades son carencias o deficiencias que la persona experimenta en un periodo determinado. Las necesidades son parte fundamental del ser humano, y para satisfacerlas el individuo puede inventar o crear, o sortear los obstáculos que se le presentan. Por eso debemos aprender a diferenciar entre necesidad y deseo, ya que los dos pueden influir notablemente en nuestro estado de bienestar, pues las necesidades tienen un papel importante en nuestra supervivencia y el deseo nos impulsa a lograr aspiraciones personales.

Estas dos dimensiones sin duda inciden en el grado de bienestar y satisfacción que se obtiene en el desarrollo personal e influyen en nuestra edad adulta. En el adulto mayor, las pérdidas económicas, sociales, sentimentales o físicas generan una gran variedad de necesidades, desde las más básicas, como movilizarse o alimentarse, hasta más complejas, como sentirse aceptado, acompañado y querido en su contexto familiar y comunitario.

Como ya lo hemos mencionado, en la vejez el bienestar se ve afectado por diversos factores, específicamente por los sociales, que se fundan en las relaciones interpersonales. La forma en que se construyen estos modos de interactuar se relaciona con las representaciones sociales que la sociedad tiene acerca de la vejez, de tal forma que una sociedad tolerante y sensible a estas necesidades promoverá un mayor bienestar de los adultos mayores.

Conclusiones

En este capítulo hemos subrayado la complejidad del concepto de bienestar y hemos señalado los diferentes ámbitos que lo componen y todos aquellos factores que influyen en nuestro estado de felicidad personal, desde los objetivos hasta los más subjetivos.

La satisfacción de las necesidades tiene un papel fundamental, ya que en el caso de los adultos mayores contribuye a amortizar las constantes pérdidas a las que se enfrentan. Podría decirse que dichas necesidades son iguales para todos los grupos de población, pero a medida que se avanza en las etapas de la vida, estas van cambiando y el ámbito social adquiere mayor relevancia en el bienestar del ser humano. La percepción de las personas también puede influir significativamente en la sensación de felicidad y bienestar, y en el sentimiento de alegría y de satisfacción.

Por último, aunque es cierto que el bienestar es un concepto difícil de definir, también lo es que reclama un lugar cada vez mayor en nuestra psique, y es posible que no captemos todo lo que supone según nuestra subjetividad y la etapa de la vida en la que nos encontremos, pero no puede ignorarse su relevancia para la persona.

Referencias bibliográficas

1. Alonso, M. & Martínez Taboada, C. (2011). Educación multicultural y bienestar social del profesorado. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 34:32-37.
2. Arriaga, J. B. & Castro Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia; contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*. 26:25-31.
3. Baeta, S. & María, F. (2015, 12). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. *Comunidad y salud*. 13: 82.
4. Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Picothema*. 582: 583.
5. Bostrom, N., & Sandberg, A. (2011). The future of identity. Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.nickbostrom.com/views/identity.pdf>
6. Brais, K. B. & Ureña Bonilla, P. (2015). Bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Internacional de Psicología y Educación*, 17: 103.
7. Cabedo, S. (2003). *Hacia un concepto integral de calidad de vida: La universidad y los mayores*. España, Universitat Jaume I.
8. Cabrera, A. A. (2011). Bienestar subjetivo del consumidor y concepto de felicidad. *Argumentos*. 68: 69.
9. Cabrera, A. A. (2011). Bienestar subjetivo del consumidor y conceptos de felicidad. *Argumentos*, Septiembre-Diciembre, 67: 91.
10. Cordero, A. (coordinador) (1997). *La evaluación psicológica en el año 2000*. Madrid: TEA, Ediciones, S.A.
11. Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 12: 83-96.
12. Daniel, A. C. (2012, 01). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2016. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_2_12/mgi09212.htm
13. Estrada, M. R., De Flores, G. P. & Eyssautier, M. D. (2015). *Autoestima: clave del éxito personal (Vol. 10)*. Ciudad de México, México. El manual moderno.
14. Fernández, A. R. & Goñi-Grandmontagne, A. (2011). La estructura tridimensional del bienestar subjetivo. *Anales de psicología*. 27: 327.
15. Foster, L. & Keller, C. (2007). *Wellness. Defining wellness and its determinants*. Atlas of Wellness. 1st Edition. Vol. 42. Victoria, Canadá.
16. Durkheim, E. (1893). *La división social del trabajo*. Madrid: Akal.
17. García, C. & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 16: 86-92.
18. García, J. & Sales, F. (2011). *Bienestar y calidad de vida en México*. (Primera edición). México, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública.
19. Gómez, M. L. (2010). La influencia del darwinismo en iberoamérica. Fecha de consulta: 15 de septiembre, 2016. Disponible en: http://www5.uva.es/trim/TRIM/TRIM1_files/darwinismo.pdf

20. Banco Mundial. (s.f.). Esperanza de vida al nacer, total (años). Fecha de consulta: 21 febrero de 2017: Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/indicador/SP.DYN.LE00.IN>. Consultado 24/05/2017
21. Gustems, J. (2014). Arte y bienestar. Barcelona. Universidad de Barcelona.
22. Herrera, C. A. (2011, 12). La motivación y satisfacción laboral de los docentes en dos instituciones de enseñanza media superior. *Investigación administrativa*. 71: 17- 70.
23. Hettler, B. (1976). The Six Dimensions of Wellness Model. Fecha de consulta: 23 de septiembre, 2016. Disponible en: <http://c.ymcdn.com/sites/www.nationalwellness.org/resource/resmgr/docs/sixdimensionsfactsheet.pdf>
24. Hevia, A. E., Vilar, M. M. & Salvá, F. M. (2006, Agosto 15). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el Enfoque Centrado en la Persona. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*. 5: 5-6. Fecha de consulta: 24 de septiembre, 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/305/30517306006.pdf>
25. Holmes, E. (2014). El bienestar de los docentes. Madrid: Narcea, S.A.
26. Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E., Sánchez, A. (2007). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8: 185-202.
27. Juárez, F. (2011, 05 03). El concepto de salud: una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*. 4: 73.
28. López, T. M., Munguía Cortés, J. A., & Aranda Beltrán, C. (2015). Concepciones culturales del concepto bienestar de personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud. *Hacia la promoción de la salud*. 20(1):96-110.
29. McMahon, S., & Fleury, J. (2012, Jan-Mar). Wellness in Older Adults: A Concept Analysis. *Nursing Forum*. 47: 39.
30. Muldoon, T. Z., Gómez, E. N., & Enríquez, R. (2015). La psicoterapia frente al bienestar y al malestar. *Guadalajara : ITESO*.
31. Olavarría, F. F. (2015). Perfil de la Publicaciones sobre Bienestar Subjetivo en Chile . *Cinta de Moebio*. 54: 241.
32. Organización Mundial de la Salud. (2016). Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Fecha de consulta: 10 de octubre, 2016. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10902%3A2015-dinamicas-grupos&catid=7680%3Adinamicas-grupales&Itemid=41447&lang=es
33. Pedro, E. G. (2001). El estado de bienestar. Presupuestos éticos y políticos. Fecha de consulta: 15 de septiembre, 2016. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/41693/1/TESISGPEDRO.pdf>
34. Salech, F. M., Jara, R. L., & Michea, L. A. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 23: 19-29.
35. Seligman, M. (2011). *La vida que florece*. Primera edición. Barcelona, España. Ediciones B.
36. Sempere, J., Acosta, A., Abdallah, S. & Ortí, M. (2010). *Enfoques sobre bienestar y buen vivir*. Madrid: Ecosocial.
37. Smith, E. A. (1971). *Teoría del bienestar social*. Buenos Aires, Argentina: Hvmánitas.

38. Sokol, J. T. (2009). Identity Development Throughout the Lifetime: An Examination of Eriksonian Theory. *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1: 140. Fecha de consulta: 26 de febrero de 2017; Disponible en: <http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1030&context=gjcp>
 39. Suárez, L. D. (2014). Los neurotransmisores en el funcionamiento del cuerpo humano y las emociones. Propuesta didáctica para estudiantes de ciclo IV. Fecha de consulta: 22 de septiembre, 2016. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/39426/1/luzdarycardenass.2014.pdf>
 40. Uribe, C. (2004). Desarrollo social y bienestar. *Universitas humanística*, 31: 11-25.
 41. Valdés, S. E. (2015). La contribución de la vida social al bienestar en la vejez . *Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 3: 393,394.
 42. Valdés, M. (1991). Dos aspectos en el concepto de bienestar. *Doxa*: 9, 69-89.
 43. Wicha (2009). *Psicología Positiva de México en la UNAM*. Fecha de consulta: 22 de septiembre, 2016. Disponible en: <https://psicologiapositivaenlaunam.wordpress.com/>
 44. Zaidi, A. (2014). United Nations development programme. Fecha de consulta: 13 de octubre, 2016. Disponible en: http://www.hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2014_zaidi_final.pdf
 45. Zubieta, E. M., & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires . *Psicología social, política y comunitaria*, 17: 277-283.
-

Promoción de la salud de los adultos mayores



*Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte
Pedro Saturno Hernández*

Introducción

El envejecimiento de la población es un fenómeno que todos los países del mundo enfrentan tarde o temprano, debido a la disminución de la mortalidad y la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida. En Europa este proceso se ha vivido desde hace ya algunos años y, ahora, México y otros países latinoamericanos están experimentando una marcada transformación demográfica, caracterizada por el aumento de los grupos de la población de mayor edad (CEPAL, 2009).

El envejecimiento y la vejez no son procesos homogéneos en términos demográficos ni con relación a las especificidades socioculturales. En los países de América Latina y el Caribe la intensidad del proceso de envejecimiento se presentará de manera distinta en las próximas décadas y en cada país también se observarán diferencias debidas a los distintos contextos y condiciones políticas y económicas, sociales y estructurales en las que viven los adultos mayores. Lo que sí resulta un hecho constatable, es la marcada feminización del proceso de envejecimiento en toda la región (CEPAL, 2009).

Aunque este grupo poblacional presenta más probabilidades de sufrir disfunciones en su salud debido al paulatino deterioro y debilitamiento progresivo de su organismo y su sistema inmunológico, condición asociada a la edad avanzada (Trujillo, 1999), muchos adultos mayores son también muy vulnerables debido a las condiciones sociales adversas que deben enfrentar, como el desgaste de su entorno familiar y la desintegración de sus redes sociales, la carencia de recursos económicos y un acceso limitado a bienes y servicios, contexto en el cual la disfuncionalidad y el debilitamiento pueden tener repercusiones más profundas.

Frente a este proceso de envejecimiento, al que algunos autores se han referido como la “revolución gris” (Sarlet-Gerken, 1995), es necesario determinar los recursos humanos, materiales y conceptuales que permitan reconocer las necesidades, así como diseñar acciones y programas a cargo de los diferentes sectores públicos responsables de este sector de la población en materia de protección, seguridad y salud.

La promoción de la salud, una acción necesaria

Desde hace algunas décadas se viene diciendo que la promoción de la salud es el recurso más poderoso para incidir sobre los factores determinantes de la salud (Lalonde, 1974; Organización Mundial de la Salud, 1986). La promoción se caracteriza por ser intrínsecamente participativa. No puede haber promoción sin una visión poblacional y esta responsabilidad no puede recaer únicamente en las personas o en un solo sector, ya que demanda la colaboración intersectorial y coordinada para lograr cambios que fomenten la salud en la población, y la favorezcan con programas y políticas públicas. Como hemos visto, la promoción tiene que operar a diferentes niveles.

La promoción no se limita a la educación en salud, la cual también puede ser participativa, si no que va mucho más allá de la acción de transmitir o construir información. La educación es solo uno de los tres componentes de la promoción propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los otros dos son la buena gobernanza sanitaria y las ciudades saludables (OMS, 2016).

La promoción de la salud se ha definido como “el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud...”, de ahí que se requiera el respaldo de políticas públicas que permitan la generación de ambientes favorables y el desarrollo de las comunidades, así como de aptitudes individuales, y el fortalecimiento o mejoramiento de los servicios sanitarios (OMS, 1986).

La promoción representa retos a diferentes niveles: para los individuos, para los responsables de las decisiones, para el sistema de salud y para el gobierno. Si se quiere reducir las brechas en salud y las desigualdades evitables es necesario invertir, crear capacidades, regular y establecer alianzas o colaboraciones para que la salud de la población mejore.

La promoción de la salud de la población adulta mayor es un desafío que debe sumarse a las acciones en salud, pues hemos dicho que la pirámide poblacional está en proceso de transformación, con un envejecimiento intensificado de las personas. Desde un punto de vista preventivo, debe empezar a trabajarse desde las etapas tempranas del ciclo de vida, de manera que sus efectos puedan verse reflejados en la vejez. Entre los

adultos mayores las acciones de promoción de la salud deben orientarse a mejorar las condiciones que les procuren calidad de vida, entendiendo este último concepto en sentido amplio, pues la calidad de vida no solo depende del grado de funcionalidad, sino que está estrechamente vinculada al acceso que se tiene a bienes y servicios, así como a la propia percepción de bienestar, tal como se explicó en el capítulo anterior.

En el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (OMS, 2015) se señalan acciones urgentes en salud pública necesarias para promover un envejecimiento saludable de la población, y se reconocen cuatro esferas de acción. Por envejecimiento saludable se entiende en dicho informe el logro de un nivel óptimo de capacidad funcional, de manera que las esferas de acción se centran en: a) los sistemas de salud, cuya adaptación a las características de los adultos mayores es necesaria, de manera que se brinde atención adecuada, más integral, sostenida, a cargo de personal capacitado y centrada en la persona; b) los sistemas de atención a largo plazo, que representan todo un desafío para los países, sobre todo para aquellos de ingresos medios y bajos, ya que mantener un sistema de esta naturaleza requiere estrategias financieras sostenibles y la acción mancomunada del estado, las familias, las comunidades y otros actores y sectores que participan en el cuidado; requiere también estrategias de capacitación que garanticen estándares mínimos de calidad del cuidado y, por supuesto, garantizar la disponibilidad de productos médicos; c) la creación de entornos saludables, que es una tarea intersectorial orientada a la transformación de las representaciones sociales de la vejez que fomentan formas de discriminación y exclusión; la promoción de un entorno que contribuya al ejercicio de la autonomía de las personas adultas mayores, sobre todo de aquellas menos favorecidas, que vivan en condiciones adversas, con escasos recursos de apoyo; todo ello debe ser contemplado en las políticas públicas y a través de mecanismos que propicien la consulta y la participación, y d) la mejora de la medición, la supervisión y la comprensión de la información relacionada con este sector de la población, de manera que se generen recursos de consulta que permitan la adopción de decisiones fundamentadas en distintos ámbitos como el de la investigación, la práctica clínica o la política pública.

Uno de los aspectos que se resalta en estas acciones promovidas por la propia Organización Mundial de la Salud, es la necesidad de trabajar con los adultos mayores y no únicamente para ellos; esta idea es de gran trascendencia si consideramos que supera el enfoque asistencialista y curativo que caracterizó las acciones en salud pública hasta antes de los años 70 (Cueto, 1996), ya que implica un compromiso distinto con la población a partir de la práctica clínica y de aproximaciones metodológicas de investigación diferentes a las de la epidemiología clásica, las cuales

se centran en el estudio de aspectos que tenían que ver con la prevalencia, la extensión, la transmisión y, en general, el comportamiento de las enfermedades. El trabajo con los adultos mayores, entonces, involucra y tiene como punto de partida darles voz, permitirles hablar, expresarse, conocer su punto de vista, escuchar de ellos mismos cuáles son sus necesidades y sus preocupaciones, y cómo se sienten. Entraña no solo reconocer sus limitaciones, sino aprovechar sus habilidades, su conocimiento y su experiencia, y adoptar un enfoque distinto del envejecimiento y la vejez, apartado de aquel que se configura en torno a las pérdidas (de funciones, de salud, de habilidades, de redes, etc.), y centrado, por el contrario, en el reconocimiento de las ganancias y de los aportes que pueden hacer.

El trabajo de promoción de la salud entre los adultos mayores debe abarcar diversos ámbitos: la actividad física, la alimentación, la recreación y la socialización, además de fomentar habilidades y competencias adecuadas y pertinentes en cada contexto.

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, llevada a cabo en Madrid en el 2002, y el propio Programa de Envejecimiento y Salud de la OMS, adoptó los puntos de referencia a partir de los cuales se establecieron los siguientes seis ejes de trabajo (Arechabala, 2007) para responder al envejecimiento de la población.

1. Favorecimiento del envejecimiento activo, que implica trabajar para que los adultos mayores sean autónomos e independientes
2. Disminución de las brechas generacionales
3. Reconocimiento de que las personas adultas mayores constituyen un grupo heterogéneo, no solo biológica sino culturalmente
4. Concebir el envejecimiento como una parte del ciclo vital
5. Fomento de la solidaridad intergeneracional
6. Reasignación de recursos para evitar condiciones de pobreza en este grupo etario.

La promoción es una estrategia transversal que favorece el cumplimiento de estos propósitos, toda vez que, como ya se mencionó, opera en distintos niveles: individual, social, comunitario y político. En la Declaración de Shanghai, adoptada en el marco de la 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en el 2016, se reconoció que la salud y el bienestar son pilares fundamentales para el desarrollo sostenible y, en este sentido, deberían ser prioridad política para los países. Se señaló, asimismo, que la salud es uno de los indicadores más representativos del grado de desarrollo sostenible que experimenta una ciudad o país.

La promoción de la salud constituye, así, una estrategia fundamental que puede orientarse hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible, aunque debe admitirse que hoy tiene nuevos desafíos, y uno de ellos es la vinculación estrecha de la salud de las poblaciones con la del planeta, y el efecto de las crisis humanitarias, ambientales y económicas, cada vez más frecuentes, en la salud de las personas. Queda reiterado, además, que la promoción de la salud es una responsabilidad compartida que no puede recaer en un solo sector, ni en un solo actor o una sola persona. Cada miembro de una sociedad, de una comunidad, de una familia, debe integrarse a las acciones encaminadas al mejoramiento de la salud, y ello debe hacerse a partir del reconocimiento de la salud como un derecho que genera compromisos.

La promoción de la salud con los adultos mayores es una acción tan necesaria como urgente, ya que hoy muchos ancianos y ancianas viven en condiciones de vulnerabilidad, abandonados, sufren de maltrato y discriminación por su senectud, y, sobre todo, porque el crecimiento de este sector de la población seguirá en aumento (Andreev, Kantorová & Bongaarts, 2013).

Los derechos, los valores y las diferencias

Los adultos mayores tienen el mismo derecho que cualquier otra persona a gozar de una vida plena, digna, en condiciones de calidad, pero el Estado y la sociedad deben hacer un mayor esfuerzo para garantizar que este grupo de la población se apropie de estos derechos. La participación en la vida política, social y cultural está reconocida entre los derechos de las personas mayores (Huenchuan & Rodríguez-Piñero, 2011), pero hoy en día pocos son los países que realmente cuentan con una legislación y han emprendido acciones garantes de su cumplimiento, por lo cual debemos trabajar con lo que tenemos. Los recursos socio-estructurales de su medio deberían permitirle a los adultos mayores el ejercicio de su autonomía, y facilitar su movilidad o desplazamiento, aun cuando la disfuncionalidad geriátrica comprometa su independencia. Las personas mayores no deben, de ninguna manera, representar una carga, ni para los sistemas de salud, ni para la sociedad en su conjunto. Por el contrario, esta última debería beneficiarse de la sabiduría, la experiencia y la sensatez que los adultos mayores han integrado a su ser por la acumulación de años cargados de experiencias, independientemente de sus condiciones o circunstancias de vida.

Para hacer esto posible, hace falta un trabajo arduo, sostenido, que involucre a todas las generaciones y sectores, así como el reconocimiento de las diferencias, pues solo a partir de ellas es posible hacer un uso más eficiente de los recursos humanos y monetarios. En este contexto, la familia sigue siendo un pilar fundamental.

La forma en que los hombres y las mujeres viven la vejez es distinta (Treviño, Pelcastre & Márquez, 2006), pues son diferentes los atributos de unas y otros, y las responsabilidades que la sociedad les entrega. Este es el llamado enfoque de género, entendido este como “la construcción cultural de la diferencia sexual” (Lamas, 2002). Las acciones de promoción de la salud deben incorporar esta perspectiva para responder a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres mayores.

La CEPAL ha reconocido que las personas en las áreas rurales tienden a estar más envejecidas que en las urbanas, aun cuando en estas reside el mayor número de personas mayores (2009). Esto se explica, en parte, como un efecto de la migración, sobre todo interna, y supone que también habrá que orientar significativamente acciones de promoción en estas áreas que a menudo se descuidan.

Aspectos como el nivel educativo también deben tenerse en cuenta, ya que la población envejecida actual presenta las mayores tasas de analfabetismo como resultado de los obstáculos para acceder a la educación que tuvieron que enfrentar en su juventud, sobre todo las mujeres.

Los adultos mayores indígenas merecen especial atención dada su especificidad étnica, la cual casi siempre queda diluida en las estadísticas, pero que determina diferencias en la forma en que viven el proceso de envejecimiento. Tales diferencias deben documentarse como base del diseño de las acciones de promoción, de manera que respondan a la adecuación intercultural.

Según el Programa de Acción Específico, Atención del Envejecimiento, 2013-2018, de la Secretaría de Salud de México (2013), para lograr un envejecimiento activo y saludable es necesario priorizar acciones en: a) la investigación, b) los modelos geronto-geriátricos, c) el sistema de referencia y contrarreferencia, d) el impulso de campañas de comunicación social, e) la capacitación del equipo de salud, f) el mejoramiento de las normas oficiales mexicanas, g) la coordinación interinstitucional e intersectorial, h) la rectoría en el sistema nacional de salud, i) el fortalecimiento del sistema de información en salud, j) la promoción de estilos de vida saludables, k) la vigilancia de la aplicación del esquema básico de vacunación, l) la garantía del derecho a la salud, m) la sensibilización sobre la importancia de la osteoporosis y n) la estructuración de un modelo para la atención oportuna de padecimientos incapacitantes.

Las acciones de promoción transversales resultan fundamentales para el objetivo de “establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores” (OMS, 2016).

Conclusiones

Según el reporte de Vega (s/f) sobre datos de la encuesta multicéntrica de salud, bienestar y envejecimiento (SABE), llevada a cabo en siete países de América Latina y el Caribe, incluido México (Albala, et al., 2005), solo 2% de los países había fijado metas de promoción de la salud que incluían a las personas mayores como grupo objetivo, lo cual evidencia el largo camino que aún debemos recorrer.

Sin desconocer los avances en materia de promoción de comportamientos y ambientes saludables, la colaboración intersectorial para la creación de estrategias, planes y acciones que promuevan un envejecimiento saludable sigue siendo una meta pendiente.

El enfoque ‘transdisciplinario’, intercultural y de género debe ser integrado a la investigación geronto-geriátrica y a la atención de esta población no solo considerando la salud, sino la perspectiva social en su sentido amplio.

Por supuesto, la participación de las personas mayores es fundamental para determinar, implementar y evaluar estas acciones.

La importancia de la percepción del estado de salud en los adultos mayores, así como de la perspectiva de género, pone de manifiesto las diferentes formas de enfermar y de enfrentar los padecimientos. En este sentido, en el siguiente capítulo se presenta una investigación acerca de la percepción del estado de salud desde la perspectiva de los propios involucrados, con lo cual se pretende contribuir a la generación de programas específicos en la promoción de la salud.

Referencias bibliográficas

1. Albala, C., Lebrão, M.L., León, E.M., Ham-Chande, R., Hennis, A.J., Palloni, A., et al. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública*. 17:307–22.
2. Andreev, K., Kantorová, V. & Bongaarts, J. (2013). Demographic Components of Future Population Growth. Technical Paper N° 2013/3. New York: United Nations, 2013. Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/technical/TP2013-3.pdf>
3. Arechabala, C. (2007). Promoción en salud y envejecimiento activo. *Medwave*, 7:e2738. Fecha de consulta: 24 de junio de 2016. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfermeria/3/2738>. doi: 10.5867/medwave.2007.04.2738.
4. Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá.
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. (2009). El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el

Caribe. Fecha de consulta: 14 de junio de 2016. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-el-envejecimiento-y-las-personas-de-edad-indicadores-sociodemograficos-para-consultado-el-28-de-noviembre-de-2016>

6. Cueto, M. % Birn, A.E. (1996). Syllabus del curso: Historia Social de la Salud Pública en América Latina, en Cueto, M. (Editor). Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas. Lima: IEP/Organización Panamericana de la Salud.
 7. Organización Mundial de la Salud. (2016). Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Shanghai, 2016. Fecha de consulta: 14 de febrero de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1>
 8. Huenchuan, S. & Rodríguez-Piñero, L. (2011). Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Fecha de consulta: 14 de noviembre de 2016. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/5/43685/Modulo_3.pdf
 9. Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa, 1974.
 10. Lamas, M. (2002). Cuerpo: diferencia sexual y género. México, D.F.: Taurus.
 11. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). ¿Qué es la promoción de la salud? Fecha de consulta: 9 de noviembre, 2016. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
 12. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América: Organización Mundial de la Salud, 2015.
 13. Sarlet-Gerken, A.M. (1995). Educación para la salud en la vejez: una aproximación a la problemática actual. Pedagogía Social. 11: 211-218.
 14. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Atención del Envejecimiento 2013-2018. Programa sectorial de salud. Fecha de consulta: 14 de febrero de 2017. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_AtencionEnvejecimiento2013_2018.pdf
 15. Treviño-Siller, S., Pelcastre, B. & Márquez, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. Sal Pub Mex, 48: 30-38.
 16. Trujillo de los Santos, Z. (1999). Envejecimiento holístico. Gerontología y Geriátrica. IMSS. 1: 7-13.
 17. Vega E. (s/f). Salud y bienestar en la vejez. Tendencias y perspectivas en América Latina y el Caribe. OPS. Fecha de consulta: 13 de junio de 2016. Disponible en: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/31915/evega.pdf>
-

Percepción del estado de salud en el adulto mayor con enfoque de género



*Ma. De Lourdes Vargas Santillán
Beatriz Arana Gómez
María de Lourdes Hernández García
María Guadalupe Ruelas González*

Introducción

Este capítulo tiene como propósito explicar por qué en la mayoría de los reportes oficiales es frecuente que las mujeres perciban que su salud es peor que la de los hombres, pues ello tiene implicaciones sociales y culturales.

La percepción del estado de salud es la valoración subjetiva de las personas sobre su situación personal con respecto a un ideal de salud. Según Bearman, Reyes, García-Peña y Cortés (2000), se trata de un proceso subjetivo basado en sentimientos, ideas y creencias. Esta medición se considera confiable porque refleja lo que la persona experimenta expresado por ella misma. La percepción es el conocimiento que se adquiere mediante los sentidos, las imágenes, las impresiones y las sensaciones externas. Aplicada a la salud, permite determinar, clasificar y valorar de manera subjetiva la sensación de bienestar de la persona. Como lo refiere Vargas (1994), la percepción es biocultural porque involucra estímulos físicos y sensaciones que al interpretarse se fusionan con aspectos culturales e ideológicos adquiridos desde el nacimiento. Así, en la percepción de la propia salud intervienen las creencias, los conocimientos y las experiencias de vida.

Percepción del estado de salud

La percepción es subjetiva y se ve influenciada por aspectos negativos que permiten delimitarla gracias al contraste percibido frente a los que serían su opuesto. Sin embargo, dependiendo del contexto, lo que para algunos

pudiese representar un indicador de mala salud, para otros puede ser una situación poco relevante. La edad avanzada y los cambios que conlleva afectan la percepción del estado de salud, por lo que dicha relación es un tema de estudio importante en el ámbito de la promoción de la salud.

En el campo de la prevención de la enfermedad o de la mala salud, la percepción del estado de salud es un mediador que influye en la modelación de conductas y comportamientos saludables. La persona actúa según cómo se siente; si percibe que una molestia no representa un problema grave de salud, no se cuidará o no acudirá a un centro de atención. Tal interpretación representa un juicio de valor que puede indicar una salud positiva, negativa o neutral, o representar un estado latente de riesgo de enfermar.

En estudios recientes se ha criticado la forma en que las instituciones y organismos de salud miden la salud de las poblaciones y la catalogan de manera negativa, pues su principal unidad de medida es la ausencia de enfermedad y la discapacidad (CONEVAL, 2012). Por el contrario, la percepción del estado de salud, denominada “la medición de la salud positiva de la población”, permite detectar necesidades y predecir la intención de utilizar los servicios de salud. También se le ha atribuido un efecto predictor de la cronicidad, la discapacidad y la muerte, específicamente en el caso de los adultos mayores (Marcellini, 2002; Franco, 2012; Sousa, 2014).

Autopercepción del estado de salud en los adultos mayores

La autopercepción del estado de salud en los adultos mayores tiene particularidades. Depende de la satisfacción de ciertas necesidades vinculadas con la edad o con factores externos ante los cuales los adultos mayores son sensibles. Martínez (2004) refiere que, para las personas mayores, “la salud es definida como la capacidad para atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, la que le permite desempeñar sus actividades de la vida diaria”. Este concepto resulta singular en comparación con lo que puede representar la salud en otras etapas de la vida, y refleja aspectos que se vinculan con la percepción del bienestar como relacionado con la autonomía, las interrelaciones sociales y la funcionalidad.

Se ha encontrado que factores de salud mental como los estados de ansiedad, la depresión y el aislamiento social afectan negativamente la percepción de la salud en las personas mayores, tanto como las esferas físicas y funcionales de la inmovilidad, el dolor, el malestar y el alto nivel de dependencia (Azpiazu, G., Cruz, J., Villagrasa, F., Abanades, H., García, M., Alvear, V., 2006). En otros estudios se ha señalado la influencia de factores sociales y económicos como ser mujer, ser viudo o viuda, vivir solo o sola,

así como tener bajos ingresos económicos (Abellán, 2002; Gallegos, 2006). Por su parte, Barra (2003) encontró una asociación positiva entre el estado emocional y la percepción del estado de la salud física, así como con indicadores objetivos de la salud, tales como el número de enfermedades crónicas, la duración de las enfermedades, su agudización y la dependencia que generan (Bearman, Reyes, García-Peña, Cortés, 2004).

Son diversos los factores que intervienen en la percepción del estado de salud, sin embargo, en las personas mayores los vínculos familiares representan un pilar fundamental en la percepción del bienestar, quizá porque en otras etapas de la vida generalmente se vive en comunidad, ya sea como parte de la familia o participando activamente en la sociedad. En cambio, llegada la vejez se acumulan situaciones que son difíciles de afrontar: en primer lugar, la soledad, debida al efecto de “nido vacío”, la viudez o la pérdida de amistades por cesantía o jubilación, y, en segundo lugar, una mayor necesidad de cuidados debido al deterioro del estado físico. Por lo tanto, es comprensible la necesidad de los adultos mayores de contar con la amistad y el apoyo de otros, sea la familia, las redes formales de apoyo o la sociedad en general. No obstante, esta necesidad no necesariamente queda cubierta con la cercanía de las personas, más bien tiene que ver con la calidad de los vínculos y las buenas relaciones, situación que a menudo resulta compleja por las diversas necesidades de los adultos mayores y las dificultades que sus familias enfrentan para satisfacerlas.

Envejecimiento poblacional

En los últimos años ha aumentado en México el número de mujeres mayores de 65 años, es decir, se ha producido una feminización del envejecimiento producto del incremento de la mortalidad masculina, la cual es mayor con el paso de la edad. Según los datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010) existen 112 mujeres por cada 100 hombres entre los 60 y los 64 años y 132 por cada 100 hombres de 80 años en adelante. Esta tendencia genera inequidades, pues ser una mujer mayor tiene diferentes repercusiones que en el hombre.

Infortunadamente, las condiciones en las que las mujeres mayores sobreviven son adversas, y ellas tienen mayores problemas de salud, más soledad, pobreza y dependencia (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2000; Ham-Chande, 2011). Según los datos de la Encuesta de Salud y Nutrición, ENSANUT (2012) sobre las condiciones socioeconómicas, 30 % de los hombres mayores de 60 años continuó trabajando en la informalidad frente a 54,4 % de las mujeres, cuya actividad laboral no disminuyó sino que, por el contrario, aumentó con el paso del tiempo. Además, 70 % de los hombres adultos mayores no son cubiertos por el sistema de seguridad y

protección social, a pesar de que trabajaron bajo este régimen contributivo y podrían dejar amparadas a sus parejas en caso de fallecimiento (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012). En este contexto, la mayoría de las mujeres ancianas que han trabajado durante su vida en la informalidad del hogar o en otro oficio, no cuentan ni contarán con acceso a seguridad social. Sumado a esto, las nuevas leyes que regulan los sistemas de pensiones y jubilaciones limitan aún más el acceso al trabajo en edades avanzadas, y, por ende, al apoyo económico que pueda garantizar su calidad de vida (Organización de Naciones Unidas, ONU, 1994).

En este panorama del envejecimiento las mujeres son las más afectadas, pues a pesar de su edad, se ven obligadas a seguir haciendo trabajos de poco reconocimiento social y económico, como las tareas en el hogar de familiares, en el comercio informal o como cuidadoras de otros, para asegurarse un medio de subsistencia.

La percepción del estado de salud con enfoque de género

La gerontología feminista es una corriente crítica que estudia el envejecimiento y sus efectos en las mujeres mayores a partir del supuesto de que las diferencias en la forma en que este afecta a hombres y mujeres tienen su origen en construcciones sociales. El análisis de sus roles sociales permite comprender cómo estos afectan sus condiciones de salud (Yuni & Urbano, 2008).

Las inequidades constituyen formas de poder socialmente toleradas, con las cuales se somete a un género o a un grupo poblacional que, generalmente, tiene características de vulnerabilidad.

En los estudios sobre la percepción del estado de salud se reporta que las mujeres mayores dicen tener una condición de salud más deficiente que la de los hombres. Otros ámbitos en los que se observan las inequidades incluyen la escolaridad, pues se ha evidenciado que las mujeres mayores tienen menor preparación académica, lo que también se ha vinculado con la falta de oportunidades para su desarrollo que, por supuesto, afecta la percepción de su estado de salud.

A lo largo de sus vidas las mujeres desempeñan roles inscritos en el estereotipo de madres y trabajadoras, situación que dificulta el cuidado de sí mismas, provocando estilos de vida que ponen en riesgo su salud. Esta conducta socialmente construida es aceptada y asumida por las mujeres mayores y refleja la particular percepción del estado de salud que tienen configurada, producto de creencias y representaciones culturales determinadas por el género. Un ejemplo de ello es que, a diferencia de los hombres, la mayoría de las mujeres no cuenta con periodo de jubilación.

Por todo lo anterior, el análisis del envejecimiento con enfoque de género representa un reto muy importante en materia de salud, puesto que las necesidades de las mujeres mayores tienen su origen en situaciones derivadas de los roles de género.

Según datos de la OPS (2000), las mujeres presentan más problemas de salud. Las principales causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres en América Latina y el Caribe son las enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares, el cáncer cervical y mamario, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la anemia y la obesidad, la artritis y la osteoporosis, las enfermedades incapacitantes y enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad. También se ha detectado que las mujeres reportan índices más bajos de calidad de vida debido a que son las principales cuidadoras de sus parejas durante la vejez, y deben soportar la carga de la enfermedad para después morir solas y desamparadas. Se ha constatado que dicha situación coincide con lo reportado en otros países como Argentina y España (Pérez, 2004; Casado, M.I., Fernández, A.M. & Santa, C., 2007; Oddone, 2014).

Es importante determinar cómo el factor del género interviene en la modelación de los aspectos socioeconómicos y culturales y en los estilos de vida, y cómo estos, a su vez, afectan la salud de las mujeres mayores y la forma en que ellas la perciben, con el propósito de aportar información que pueda contribuir a mejorar las intervenciones de promoción de la salud en esta población.

En este contexto, se presentan a continuación los resultados de un estudio realizado en una comunidad del Estado de México, en el cual se analizaron los factores que influían en la percepción del estado de salud de las personas mayores desde una perspectiva de género.

Estudio sobre la percepción del estado de salud en el adulto mayor con enfoque de género

Se trató de una investigación cualitativa con enfoque de género y fenomenológico. La población estudiada estaba constituida por los adultos mayores atendidos en una clínica de atención geriátrica de una comunidad del Estado de México. Se hicieron 20 entrevistas semiestructuradas a personas con una edad superior a los 60 años. La información se recolectó mediante la grabación de las entrevistas, las cuales incluyeron las siguientes preguntas detonantes: ¿Cómo considera que se encuentra su salud en esta etapa de su vida? ¿Por qué? ¿Cómo se siente tener salud? ¿Qué situaciones lo llevan a sentirse sin salud? ¿De qué depende tener salud? Asimismo, se indagó sobre otros aspectos como los datos sociodemográficos, los sucesos vividos que pudieron afectar el estado de salud y las enfermedades presentes en el momento de la entrevista. La duración de la entrevista fue de 40 minutos en promedio.

Se utilizó el procedimiento de análisis de contenido propuesto por Cáceres (2003), siguiendo los siguientes pasos: la definición de la postura teórica, en este caso, la fenomenología. En el preanálisis se hizo una codificación comparativa por género con base en el referente teórico, que se empleó como guía en el análisis. Conforme se fue analizando la información surgieron códigos que complementaron los iniciales. Para triangular la información se elaboró una matriz de contingencia en la cual se compararon los diferentes significados con base en las características de los participantes; asimismo, se cuantificaron los códigos y sus relaciones para reducir la cantidad de datos. Se conformaron las categorías que expresaban los hallazgos diferenciales por género previa validación por parte de los investigadores, y posteriormente se definieron e interpretaron para, finalmente, hacer un análisis comparativo entre la teoría y las percepciones encontradas.

Es importante señalar que estos resultados forman parte de la tesis para obtención de grado titulada "Significados y prácticas de salud en adultos mayores de una comunidad del Estado de México" por lo cual parte de los resultados se encuentran en proceso de publicación.

En cuanto a los aspectos éticos, se obtuvo la autorización del Comité de Ética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México, así como del consentimiento informado por escrito de los participantes, previa explicación del objetivo y los fines del estudio. Para garantizar la confidencialidad de los datos personales de los participantes se utilizaron seudónimos.

Como se mencionó, se entrevistaron 20 personas mayores con edades entre los 63 y los 93 años, con un promedio de 71 años, de las cuales la mitad eran mujeres. La mayoría de las mujeres reportaron tener menos de 70 años, mientras que los hombres tenían edades entre los 65 y los 93 años. En cuanto al estado civil, seis de las diez mujeres dijeron no contar con pareja, en tanto que siete de los 10 hombres contaban con pareja. En cuanto a la convivencia, una mujer y tres hombres declararon vivir solos. La mayoría de las mujeres se dedicaba a actividades del hogar no remuneradas, mientras que algunos hombres trabajaban en diversas actividades (educación, comercio y actividades agropecuarias), por lo que percibían un salario, y otros dijeron estar jubilados, por lo cual eran económicamente independientes. Las mujeres, dedicadas principalmente a labores del hogar, afirmaron depender económicamente de la pareja o la familia.

Las enfermedades más frecuentes entre los hombres fueron las crónicas y degenerativas como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, la artritis reumatoide y la prostatitis. Cabe mencionar que tres de ellos no reportaron enfermedades importantes y solo dos dijeron tener más de una

enfermedad. A pesar de tener menos edad que los hombres, las mujeres mencionaron un mayor número de enfermedades e, incluso, comorbilidades, entre las que se destacaron lesiones músculoesqueléticas que afectan la funcionalidad, seguidas de la diabetes, la hipertensión, la depresión y el cáncer (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características de los adultos mayores participantes en el estudio

| Género | Edad | Estado civil | Ocupación | Dependencia económica | Enfermedades | Zona de residencia |
|--------|------|---------------|------------------------------|-----------------------|--|--------------------|
| Hombre | 72 | Viudo | Campeño | Independiente | Ninguna | Rural |
| Mujer | 64 | Madre soltera | Hogar | Hijos | Diabetes | Rural |
| Hombre | 74 | Viudo | Profesor | Independiente | Diabetes y lesiones músculoesqueléticas | Urbana |
| Mujer | 66 | Separada | Comerciante | Independiente | Depresión, hipertensión, migraña y dolencias | Urbana |
| Hombre | 93 | Casado | Artesano | Independiente | Prostatitis | Rural |
| Mujer | 63 | Casada | Hogar | Hijos y esposo | Artritis reumatoide | Rural |
| Mujer | 66 | Madre soltera | Comerciante | Independiente | Diabetes, artritis reumatoide | Rural |
| Mujer | 67 | Casada | Hogar | Hijos y esposo | Cáncer de mama, hipertensión | Urbana |
| Hombre | 67 | Casado | Comerciante | Independiente | Diabetes e hipertensión | Urbana |
| Hombre | 74 | Casado | Jubilado/ Pensionado | Independiente | Diabetes e hipertensión | Urbana |
| Mujer | 69 | Viuda | Hogar Pensionada | Independiente | Hipertensión, lesiones músculoesqueléticas | Rural |
| Mujer | 63 | Casada | Hogar | Dependiente esposo | Depresión | Rural |
| Mujer | 63 | Separada | Comerciante | Independiente | Hipertensa, lesión músculoesquelética, colitis y gastritis | Urbana |
| Mujer | 74 | Casada | Hogar/ dependencia física | Dependiente hijos | Diabetes, hipertensión, fractura de pelvis | Rural |
| Mujer | 64 | Viuda | Pensionada | Independiente | Artritis reumatoide | Urbana |
| Hombre | 71 | Casado | Campeño | Independiente | Prostatitis | Rural |
| Hombre | 69 | Casado | Campeño | Independiente | Ninguna | Rural |
| Hombre | 81 | Casado | Pensionado | Independiente | Lesión músculo esquelética | Urbana |
| Hombre | 72 | Viudo | Comerciante | Independiente | Ninguna | Rural |
| Hombre | 80 | Casado | Campeño | Independiente | Diabetes | Rural |

Fuente: entrevistas realizadas en una clínica geriátrica del Estado de México, 2015

Panorama contextual de los adultos mayores

Los sucesos o vivencias que los adultos mayores relacionaron con su estado de salud fueron el descuido infantil, la deficiente escolaridad, el haber tenido que trabajar desde los seis años, específicamente en labores ganaderas y agrícolas. La mayoría de ellos dijeron haber solicitado muy poco los servicios de salud en su juventud, y por ello consideraban haber sido sanos. Otro de los aspectos frecuentemente mencionados y percibido como protector de la salud, fue tener una alimentación “natural” desde niños, dado que el acceso a productos procesados era mínimo o nulo.

En el caso de los hombres el haber trabajado mucho se percibía como un factor favorecedor de la salud, en tanto que en el caso de las mujeres la percepción fue contraria, pues el mucho trabajo se apreció como un aspecto que desencadenó problemas de salud, lo cual se explica porque las mujeres, además de realizar actividades muy similares a las del hombre, debían hacer las labores del hogar.

Las diferencias en la percepción del estado de salud relacionadas con el género fueron significativas, pues a pesar de que las mujeres eran más jóvenes que los hombres, estos se percibían sanos en tanto que la mitad de las mujeres expresaron sentirse sin salud. Solo tres hombres dijeron padecer enfermedades. En el caso de las mujeres se detectaron situaciones de inequidad derivadas de sus relaciones con los hombres de su entorno, el padre, los hermanos, o el esposo a lo largo de toda su vida e, incluso los hijos en el momento de la entrevista. Además, el hecho de ser mujeres solas, ya fuera madres solteras o separadas de la pareja, afectó la percepción de su estado de salud. En cuanto a la percepción general del estado de salud, todos los hombres se percibían como personas sanas y de buena salud en el momento de la entrevista, en comparación con las mujeres, pues solo la mitad afirmaron sentirse sanas (**Cuadro 2**).

Cuadro 2. Percepción del estado de salud de los adultos mayores participantes en el estudio

| Percepción de la salud | Género | |
|------------------------|--------|--------|
| | Mujer | Hombre |
| Sano | 5 | 10 |
| Enfermo | 5 | - |
| Total | 10 | 10 |

Fuente: entrevistas realizadas en una clínica geriátrica del Estado de México, 2015

A partir del análisis de contenido de las entrevistas se conformaron las siguientes categorías que expresan los aspectos que interferían en la percepción de la salud y sus comparaciones con respecto al género.

Sentirse sano por ser productivo y funcional

La percepción de la salud y su relación con aspectos funcionales como trabajar y ser productivos fueron valorados principalmente por los hombres mayores, aunque tanto hombres como mujeres valoraron el estar de pie como algo positivo y consideraron que caer en cama era una situación del todo negativa. Al hacer el análisis por género se presentaron dos percepciones distintas: en el caso de los hombres, la percepción de la salud se relacionó con las capacidades físicas para trabajar y ser autónomo para desempeñarse activamente en la sociedad. En las mujeres la funcionalidad estaba relacionado, sobre todo, en evitar la dependencia. A diferencia de los hombres, que hacen referencia a sus labores fuera del hogar, las mujeres se desarrollan fundamentalmente en el ámbito familiar.

Citamos enseguida algunas de las afirmaciones hechas por los entrevistados.

“ Soy saludable, eso sí, puedo presumir que soy saludable pues en todos los años que llevo en el trabajo no tengo ni una sola falta por enfermedad, no tengo que pedir permiso porque tengo catarro que porque tengo gripa... si no pudiera, entonces sí diría que estoy muy mal. ” Beto, 74 años, hombre viudo, diabético.

“ Pues a pesar de mis dolencias, yo todavía les lavo, les plancho, les hago de comer (hijos y nietos) por eso yo pienso que no estoy tan mal... porque me considero una persona mucho muy trabajada, creo que por eso estoy mal de los huesos, pero si no se da uno ánimos peor se siente uno que tenga uno que depender de los demás... yo creo que eso si da miedo... ” JMH, 66 años, mujer separada, diabética.

Percibirse sano por sentirse en control de la enfermedad crónica

En los casos en que la enfermedad estaba presente, los adultos mayores entrevistados afirmaron que mientras esta no interfiriera en sus actividades diarias, se consideraban sanos: “claro está que esta percepción puede cambiar en cualquier momento”. Consideraron que al tratarse de un proceso continuo, existía la posibilidad de adaptarse si se cuidaban de su salud. El saber que se puede tener un cierto control sobre la enfermedad les proporcionaba la sensación de sentirse bien en general. Sin embargo,

percibieron de forma diferente la gravedad de las enfermedades crónicas y las agudas, pues las primeras exigían mayores cuidados y eran motivo de atención médica, en tanto que afecciones como la gripe, la fiebre, las enfermedades gástricas y las lesiones leves eran de menor gravedad y, por lo tanto, su atención se podía posponer.

“estoy con la enfermedad del cáncer, eso es incierto, yo no sé cómo se me vaya a complicar, pero lo que sí estoy muy cierta y convencida que voy a seguir haciendo ejercicio para tener una mejor calidad de vida, y que llegue yo a estar más vieja y que no tenga yo que depender de las personas, para poder estar bien...”

GMC, mujer casada, 67 años, con cáncer y diabetes.

“yo pienso que, tengo buena salud porque a pesar de que tengo lo de la próstata, yo no lo tomo en cuenta, no le doy importancia, el dolor es tolerable, eso sí, tengo que atenderme y cumplir con lo que diga el médico...”

CHP, hombre casado, 93 años, con cáncer de próstata.

La percepción de ser sano a partir de la valoración de otros

El dicho de que “Si no tienes nada bueno que decir, mejor no digas nada”, se aplica muy bien en este caso. Las personas mayores entrevistadas parecían ser susceptibles a los comentarios y valoraciones de las personas con las que convivían y de los profesionales de la salud, así como de los diagnósticos o los resultados de los exámenes. Se evidenció su sensibilidad frente a los familiares o amigos, a la forma en que les miran el semblante, y a cómo se perciben a sí mismos con respecto a otras personas de su edad o con su misma enfermedad. En esta percepción, la capacidad física y funcional es fundamental, aunque también resaltaron el aspecto estético. Por otro lado, la influencia de los reportes médicos representa un indicador de referencia en la conformación de esta percepción.

“Pues, ¿usted cómo me ve?... pues a pesar de mi enfermedad yo me considero sano, porque yo considero que para la edad que tengo, yo me considero bien... porque yo he visto personas que a mi edad ya están con el bastón y yo no, ya están nomás en la casa y yo todavía no...”

AHP, hombre casado, 78 años, pensionado, diabético.

“ Yo pienso que estoy bien, pero ya mis hijos me dicen mamá hoy no la veo tan bien, la veo pálida, decaída... pero si ya aunque uno se arregle ya es por demás, que si ya no va a ser lo mismo, y pues quiera que no eso afecta, porque yo hasta les digo si ya no estoy como hace 10 años, uno va en decadencia, uno tiene que aceptarlo...”

PMA, mujer viuda, 69 años, con artritis.

“ Sí me siento sano porque ya vine a hacerme unos análisis y salí muy bien ”

AHN, hombre, 71 años, sin enfermedad.

La percepción de tener mala salud como producto de problemas familiares

La depresión y la ansiedad son enfermedades mentales cada vez más frecuentes entre las personas mayores. En este caso, se observó que tienen efecto directo sobre la valoración del mal estado de salud. Las mujeres se refirieron a aspectos de sus relaciones familiares y sociales como probables causas de su percepción de mal estado de salud. En este sentido mencionaron la afectación de los vínculos, especialmente con los hijos, al asumir como propios los problemas de ellos, o el hecho de que se resintieran por la manera en que eran tratadas por los familiares. En algunos casos se observó cómo las parejas dijeron tener más resiliencia ante estos sucesos, lo que contrastó con las actitudes de las mujeres. Es importante mencionar que los hombres no reportaron tener enfermedades mentales, mientras que tres de las mujeres dijeron padecerlas.

“ Él me dice (esposo), ya vas a empezar con tu tristeza, ya te dije que no debes pensar así, tu misma te haces la vida pesada... pero es que él no siente lo que yo... uno como madre presente cuando un hijo no está bien... yo no duermo, yo no estoy bien ”

MMD, mujer casada, 63 años, depresión.

En conclusión, se consideró que la percepción del estado de salud de estos adultos mayores coincide con los reportes nacionales, en los cuales se ha observado que las mujeres se perciben como más afectadas (Instituto Nacional de Geografía y Estadística, INEGI, 2014). Los factores que influían en esta percepción se relacionaban con las enfermedades presentes en el momento de la entrevista, sobre todo las crónicas e incapacitantes como las lesiones músculoesqueléticas y las mentales, las cuales afectaban en mayor medida a las mujeres (Marcellini, 2002, Bearman, Reyes, García-Peña, Cortés, 2004). Dichas lesiones tuvieron mayor incidencia debido a los accidentes,

lo que representa un problema de salud pública, pues compromete la funcionalidad e incrementa el nivel de dependencia, afectando en mayor medida la percepción de la salud, como lo señala Ruelas (2010).

La forma de afrontar las enfermedades crónicas fue proactiva en ambos géneros. No obstante, se detectó la creencia de que una enfermedad crónica es necesariamente grave y requiere atención especial, en tanto que otras representan menos amenazas para los adultos mayores. Dicha clasificación modifica la percepción del riesgo y da lugar a que busquen ayuda profesional solo para ciertos cuadros clínicos, además, resta importancia a otras enfermedades que pueden agudizarse en un momento dado y afectarles gravemente y de forma inmediata, tales como las infecciones respiratorias y las anemias, entre otras. Frente a esto, es importante difundir que las enfermedades infecciosas y agudas deben tratarse oportunamente.

Las características sociodemográficas que más incidían en la percepción de salud en las mujeres del estudio estaban relacionadas con factores económicos, dada su dependencia de la pareja o los hijos; otro factor fue el relacionado con la ocupación, ya que aunque los hombres reportaron estar activos, ser productivos y recibir remuneración por su trabajo, mientras que la mayoría de las mujeres se dedicaban a las labores cotidianas del hogar, sirviendo a otros, el esposo, los hijos o nietos (Guijardo, 2004) y limitándose al ámbito familiar, sin recibir remuneración económica ni reconocimiento social, lo cual parece estar vinculado a los roles de género que asumen durante su vida. Las mujeres comentaron que no solo se habían dedicado a labores del hogar, actividad pesada y poco valorada, sino que también habían trabajado en actividades del campo, y percibían que ello “les afectó a nivel físico”. Por otro lado, señalaron que las mínimas oportunidades de educación fueron un obstáculo para tener oportunidades de trabajo y evidenciaron la poca remuneración y formalización cuando las tuvieron (ONU, 1994).

Otro aspecto relacionado con la percepción es la influencia de las valoraciones que hacen las personas que rodean a los adultos mayores acerca de cómo los ven, frente a lo cual las mujeres tienden a ser más sensibles que los hombres, pues además del aspecto físico y funcional, se ven afectadas también por lo estético, de tal forma que reaccionan ante las molestias físicas y funcionales de la edad, pero también ante la pérdida de su belleza, y manifiestan su inconformidad ante los cambios en el proceso de envejecimiento y de las enfermedades que las aquejan. Esta conducta refleja el papel que ejerce el rol de género transmitido culturalmente en el ser mujer y su relación con la belleza, la vejez y la fealdad, el cual se asienta en prejuicios sociales (Palmore, 1990). Aspectos como la pérdida de piezas dentarias, reportada por una de las mujeres entrevistadas, inciden

en su percepción porque afecta tanto el apetito como la apariencia física: “pues ya ni el comer se disfruta, he bajado de peso por no comer lo que me gustaba... y lo fea que se mira uno chimuela”. Otros cambios físicos también mencionados por las mujeres se relacionan con la disminución de la cabellera, así como los cambios de la piel, los cuales tuvieron mayor impacto en ellas que en los hombres, quienes no se refirieron a estas situaciones y se enfocaron más bien en lo funcional.

La influencia de las relaciones sociales y familiares también fue un factor percibido más por las mujeres en este estudio. Esto puede deberse a su mayor dependencia o a los fuertes vínculos que establecen como madres y abuelas, lo cual también forma parte de los roles que se crean y viven al interior de las familias.

En el análisis se encontró una ambivalencia en la percepción del estado de salud afectada por un sentido de identidad de género en el caso de las mujeres. A diferencia del hombre, la función de la mujer se caracteriza porque a lo largo de su vida se dedica al cuidado de otros (Vivaldo, 2015; Colliere, 2009), y ello se prolonga tanto como el promedio de vida, lo que significa que son cuidadoras de sus padres, de su pareja, y de las nuevas generaciones: hijos, nietos e incluso bisnietos (Guijardo, 2004). Esta puede ser la razón por la que dicen estar “ya muy trabajadas, cansadas, agotadas”, pero a pesar de ello, se les dificulta dejar estas tareas pues forman parte de un sentido de pertenencia o identidad de género, como se ha explicado.

El análisis de estas percepciones revela ciertas contradicciones: por un lado, la mujer requiere reconocimiento y apoyo, derivado de su rol multifacético, y por el otro, se enorgullece y se identifica con la característica de buena mujer y madre, aunque esto la afecte física y mentalmente. Este estereotipo social en torno al papel de mujer y madre, cuidadora permanente de otros, pudiera estar relacionado con las enfermedades mentales que afirmaron tener las entrevistadas en este estudio, como la depresión, producto de conductas sobreprotectoras y de apegos, en especial hacia los hijos (Vivaldo, 2015; Colliere, 2009), lo cual da lugar a un desgaste emocional constante que a la larga tiene repercusiones físicas. En este estudio no se encontraron casos de depresión en el género masculino. En este sentido, es necesario trabajar con los valores y el concepto que de sí mismas tienen las mujeres mayores, con el propósito de reflexionar acerca de la carga del estereotipo de mujer servicial y entregada a su familia, ya que puede estar presionando en gran medida su actuación y su sentir, provocando cuadros depresivos y ansiosos.

Es importante concientizar a la familia acerca de las cargas que se adjudican a la mujer adulta mayor como parte del apoyo que debe dárseles, promoviendo nuevas tareas más enfocadas a su crecimiento personal y

espiritual, y que bien podrían reorientar su autoconcepto y fortalecer su autoestima, y, por ende, la percepción de su propio estado de salud.

En resumen, se puede decir que las diferentes maneras de interpretar el estado de salud en la población estudiada, se relacionaban con los modos de percibir y enfrentar el envejecimiento, en los cuales el rol de género adquiere relevancia. La masculinización o feminización construyen significados que modifican la forma en que son percibidas las mismas situaciones (Ramírez, 2015). El peso del estereotipo de mujer conlleva una carga considerable que la afecta física, social y emocionalmente. Las formas en que las mujeres se perciben y valoran se basan en su disposición a responder a las demandas y necesidades de otros, o en ajustarse al estereotipo impuesto para sentirse aceptadas y reconocidas socialmente, anteponiendo esto a su bienestar y a su salud.

Las relaciones interpersonales también fueron un factor que influyó en la percepción de bienestar en los dos géneros, pues las alteraciones en estas relaciones propician enfermedades mentales que tienen un impacto negativo en la percepción del estado de salud. Por ello es importante indagar sobre la forma en que la familia y la sociedad tratan a los adultos mayores, así como hacer difusión de sus derechos.

Con base en los resultados expuestos, se propone que la promoción de la salud en el adulto mayor debe orientarse a mejorar la percepción subjetiva del estado de la salud. Además de las acciones sustentadas en el modelo biomédico de carácter curativo y preventivo, también se podrían impulsar acciones de carácter social que fomenten el respeto y la consideración hacia los adultos mayores, reformulando los estereotipos acerca del envejecimiento, con especial énfasis en aspectos de género que pudieran afectar su bienestar. Asimismo, es necesario fomentar la equidad en las tareas y ocupaciones de las personas mayores, haciendo visible su participación activa en la familia y en la sociedad, pero considerando sus limitaciones y necesidades.

Referencias bibliográficas

1. Abellan, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista multidisciplinaria Gerontológica*. 13: 340-342.
2. Arzate-Salgado, J. Mejía-Modesto, A Montes de Oca-Vargas, H. & Vela-Cuevas, M. (2012). *Andar despacio. Envejecimiento demográfico en el Estado de México*, GEM/CEMyBS, Toluca.
3. Azpiazu, G., Cruz, J., Villagrasa, F., Abanades, H., García, M., Alvear, V. (2006). Factores asociados al mal estado de salud percibido o la mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*. 76: 683-699.
4. Barra A. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia psicológica*. 21: 55-60.

5. Bearman, P., Reyes, S., García-Peña, C., Cortés, AR. (2004). Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. En: Onofre, M., García, P. & Durán, L. (Editores). La salud del adulto mayor: temas y debates. IMSS. Fecha de consulta: 18 de febrero de 2016. Disponible en: <https://ddsudg.files.wordpress.com/2014/06/la-salud-del-adulto-mayor-imss-2004.pdf>
6. Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido. *Psicoperspectivas*. 2: 53-82.
7. Casado, M.I., Fernández, A.M. & Santa, C. (2007). Calidad de vida en mujeres mayores de 65 años que acuden habitualmente al centro de salud (Z.B.S. Valladolid). Biblioteca Las casas. Fecha de consulta: 24 de junio de 2016. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0211.php>
8. Collière, F. (2009). Promover la vida. Segunda edición. México. Mc Graw Hill.
9. Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social. Evaluación estratégica de protección social en México. México D.F. CONEVAL 2012. Fecha de consulta: 12 de marzo de 2017. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion_Estrategica_de_Proteccion_Social_en_Mexico.pdf
10. Consejo Nacional de Población, CONAPO. (2010). Datos proporcionados por el Instituto Nacional de Geriátría, INGER, en Numeralia de los adultos en México, 2012.
11. Consejo Nacional de Población, CONAPO. (2012). Dinámica demográfica 1990- 2010 y proyecciones de población 2010-2030. Fecha de consulta: 18 de noviembre de 2016. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Analisis
12. Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Fecha de consulta: 8 de junio de 2016. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
13. Gallegos, C., García P., Durán, M., Reyes, H., Durán, A. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Revista de Saúde Pública*. 40:792-801.
14. Green, J. & Tones, K. (2010). Health Promotion. India: CyM Digitals.
15. Guijarro M. (2004). Síndrome de la abuela esclava: pandemia del siglo XXI. Granada, Grupo Editorial Universitario.
16. Ham-Chande, R. (2011). Diagnóstico sociodemográfico del envejecimiento en México. En: La situación demográfica de México, 2011. México D.F. CONAPO.
17. Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2014). Estadísticas a propósito del Día Internacional de las personas de edad (1 de octubre). Fecha de consulta: 22 de octubre de 2016. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/adultos0.pdf>
18. Instituto Nacional de Geriátría, INGER (2010). Numeralia. Presentación de datos socio-demográficos de envejecimiento. Fecha de consulta: 3 de febrero de 2017. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/adultos0.pdf>
19. Marcellini, F. (2002). Health perception of elderly people: The results of a longitudinal study. *Arch. Gerontol Geriatr. Suppl.* 8: 181-189.
20. Martínez, A. (2004). Salud y autocuidado. En: Asili, N. Editora. Vida plena en la vejez. México: Editorial Pax México.

21. Naidoo, J. & Wills, J. (2002). Health promotion. UK: Royal College of Nursing.
 22. Oddone, M. J. (2014). Ancianas cuidadoras, redes y estrategias en el uso de programas sociales. Cuadernos de Pesquisa. 44: 354-377. <https://dx.doi.org/10.1590/198053142871>
 23. Organización de las Naciones Unidas, ONU (1994). Informe sobre la cuarta conferencia mundial sobre la mujer. Beijing. Fecha de consulta: 4 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
 24. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2000. Hoja informativa del programa mujer, salud y desarrollo. Washington, D.C. Fecha de consulta: 4 de mayo de 2017. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/AGN/aging-about.htm>
 25. Palmore, E. (1990). Ageism: Negative and positive. New York: Editorial Springer.
 26. Pérez-Ortiz, L. (2004). Envejecer en femenino. Observatorio de personas mayores. Universidad Autónoma de Madrid. (versión digital) 27. Fecha de consulta: 3 de febrero de 2017. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvjec09.pdf>
 27. Ramírez, A. (2015). Envejecimiento y perspectiva de género. Documento que forma parte del Diplomado Promoción de la mujer adulta mayor por el Instituto Nacional de Geriátría. Manual electrónico proporcionado por el Instituto Nacional de Geriátría. México.
 28. Secretaria de Salud (SSA) (2002). Percepción del estado de salud. En: Desempeño de los sistemas de salud. Fecha de consulta: 13 de septiembre de 2016. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/condiciones.pdf
 29. Sousa, P. & Dos Santos, T. (2014). Factores asociados al síndrome de fragilidad en ancianos residentes en área urbana. Revista Latinoamericana Enfermagem. 22: 874-882.
 30. Vargas, M. (1994). Sobre el concepto de percepción. Alteridades. 4: 47-53.
 31. Vivaldo, M. Envejecimiento, mujeres y discriminación. Documento que forma parte del Diplomado Promoción de la mujer adulta mayor por el Instituto Nacional de Geriátría 2015. Manual electrónico proporcionado por el Instituto Nacional de Geriátría.
 32. Yuni, J. & Urbano, C. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. Revista argentina de sociología. 6: 151-169.
-

Programa de promoción del bienestar psicosocial para la prevención del maltrato en el adulto mayor



*María Guadalupe Ruelas González
Emmanuel Poblete Trujillo
Ma. De Lourdes Vargas Santillán
Pedro Saturno Hernández*

Presentación del programa

El presente programa tiene el propósito de proporcionar al personal de salud y a la población general una herramienta que promueva la reflexión sobre las personas mayores y el trato que reciben en el contexto familiar, social e institucional, así como una cultura de respeto hacia este grupo de población haciendo visible el problema de maltrato que se está presentando cada vez con mayor frecuencia en nuestra sociedad.

El programa está diseñado en dos módulos, el primero apunta a potenciar los recursos psicológicos individuales de los adultos mayores, tales como la autoestima, el autoconcepto, la resiliencia y su capacidad de afrontamiento, y el segundo se centra en los recursos sociales, es decir, los componentes externos que influyen de manera indirecta en la instauración de situaciones que pueden representar un riesgo de maltrato o de incomodidad. Para ello se tuvieron en cuenta los aspectos relacionados con los cuidadores y la sobrecarga en el cuidado; las dinámicas familiares y las relaciones intergeneracionales; las redes sociales y la promoción de los derechos de las personas mayores. En su conjunto, los módulos convergen en la promoción del bienestar de los adultos mayores suministrando información y sensibilizando en torno a los elementos que permiten un cambio de actitudes y el desarrollo de estrategias frente a las situaciones de riesgo que enfrentan los adultos mayores.

En el programa se propone la realización de sesiones de intervención breves, con una duración de entre 30 y 60 minutos por sesión, que es el tiempo estimado de espera para los adultos mayores que acuden a la consulta externa en un centro de salud, o el que estarían dispuestos a brindar para participar en la sesión una vez concluida la consulta. En las sesiones se integra la metodología de exposición de casos mediante la presentación de situaciones o experiencias en las cuales pueden estar o haber estado involucradas las personas mayores y con las cuales se sientan identificados.

La técnica de sesiones de intervención breves se caracteriza por ser costo-efectiva y fácil de instrumentar, pues permite obtener evidencia con eficiencia en diversos contextos como las salas de espera de consulta externa (Lichtenberger, Conde & Cremona, 2016), así como sensibilizar sobre temas de difícil manejo y propiciar la reflexión sobre la temática.

Aunque el programa prevé trabajar con una población flotante, es importante aclarar que también puede implementarse como una intervención de mayor duración que profundice en los temas.

Fundamentación teórica del programa

Las personas mayores forman parte de los grupos sociales vulnerables, expuestos a riesgos como el maltrato. Los procesos psicológicos de cada persona se inscriben en las dinámicas y las interacciones sociales en las que se ve involucrada, como es el caso de la familia y de otros grupos sociales e institucionales.

La Psicología como disciplina inscrita en el campo de la salud constituye la elección apropiada para sustentar un programa que busque potenciar los recursos del adulto mayor. La población de 60 años y más se enfrenta a diversas crisis, algunas competen a las propias del ciclo vital, pero hay otras que se gestan en los ámbitos social y cultural, y unas y otras ofrecen alternativas benéficas o negativas cuando se experimenta una situación estresante o de crisis, como ocurre en el maltrato.

La psicología positiva se centra en rescatar las fortalezas y capacidades de los individuos y de sus contextos. Desde esta perspectiva, se elimina el énfasis en los aspectos psicopatológicos y más bien se trabaja con las capacidades, los recursos y las fortalezas (Rivera-Heredia, 2012). Este enfoque brinda la posibilidad de tratar este tema delicado desde una visión positiva que lleve a la reflexión y la movilización de creencias, y suscite la intención de cambio, evitando el rechazo, la negación o las situaciones de crisis.

Buitrago-Martínez & Padilla-Hernández (2008) afirman que los factores protectores “son aquellas situaciones, condiciones y circunstancias de los cuales se sabe que inhiben (hacen menos probable) la respuesta violenta”. Los factores protectores agrupan diversas categorías, entre ellas, los

componentes afectivos, aspectos cognitivos o creencias y valores, los cuales forman parte del nivel personal o individual, mientras que las redes institucionales y no formales, como la familia, representan el nivel externo o social.

El programa se fundamenta en la agrupación de modelos teóricos basados en las corrientes psicológicas del cognitivismo y construccionismo y de la psicología social comunitaria, con el propósito de potenciar los recursos psicológicos en los adultos mayores y determinar conceptos claves para fortalecer procesos psicológicos como la formación del autoconcepto, la autoestima y la autoeficacia, los cuales, al integrarse, favorecen la autosuficiencia y la autonomía y, por ende, la construcción de estrategias y una mejor respuesta ante situaciones de crisis como el maltrato, lo que alude al último elemento de este módulo, la resiliencia.

En este sentido, el programa contempla tres fases: 1) fase de evaluación cognoscitiva o de análisis basada en la teoría cognitivo social; 2) fase de sensibilización o de reflexión con base en la teoría de disonancia cognitiva, y 3) fase de deconstrucción o cambio basada en el modelo de acción razonada y conducta planeada.

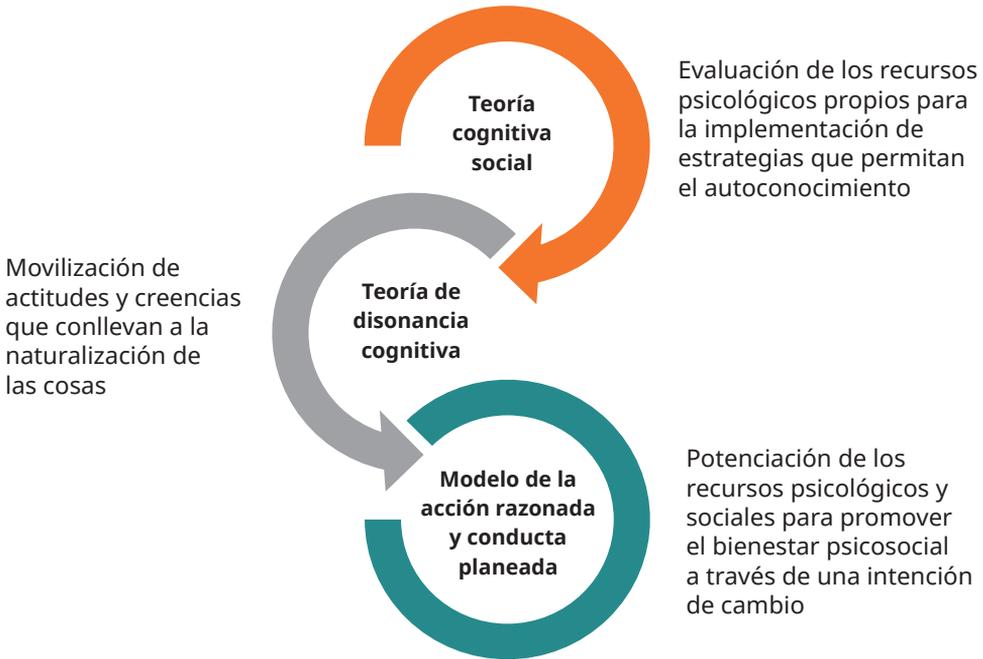
La fase inicial de evaluación cognoscitiva permite que el individuo haga un ejercicio de análisis de lo que conoce de sí mismo y en este momento. El individuo recibe información de un facilitador, y todo el proceso se lleva a cabo con base en la teoría cognitivo social (Bandura, 1982; Ausubel, Novak & Hanesian, 1983).

En la segunda fase, de sensibilización o de reflexión, se reconoce que la persona necesita replantearse la realidad en la que se encuentra, es decir, una vez ha identificado sus recursos, se inicia un proceso llamado movilización de la conciencia, es decir, el adulto mayor comienza a cuestionar las situaciones o experiencias que vivió o vive. Esta etapa se fundamenta en la teoría de la disonancia cognoscitiva (Festinger, 1993), también aplicada al manejo de los recursos sociales o extrínsecos que influyen en las situaciones que generan estrés, incomodidad o maltrato.

La última fase, de deconstrucción o cambio, implica que, después de haber llevado a cabo una reformulación ideológica de sus creencias y del sistema de valores, se gesten en las personas mayores una nueva postura frente a la vida y la adopción de decisiones. El cumplimiento de estos dos objetivos (reformulación y adopción de decisiones), se sustenta en el modelo de acción razonada y conducta planeada.

Este modelo integrador de los fundamentos teóricos del programa se presenta resumido en la [Figura 1](#). A continuación describimos las características de sus componentes.

Figura 1. Modelo integrador de los fundamentos teóricos del programa



Teoría cognitivo social

La teoría cognitivo social posibilita el ofrecimiento de alternativas y estrategias para enfrentar desafíos o situaciones de riesgo que la población adulta mayor puede vivir en relación con el maltrato, de manera que puedan construir estrategias con las que enfrentar tales situaciones de riesgo.

Teoría de la disonancia cognitiva

Según Festinger, las opiniones y actitudes que expresa el individuo ante determinadas situaciones se relacionan con dos posibilidades: la consonancia y la disonancia. El primer concepto alude a los pensamientos y actitudes cuyo antecedente vital (experiencia), aunado a aspectos formativos (educación formal y no formal) sobre determinada manera de responder, forman parte del proceso cognoscitivo (aprendizaje). Si la experiencia ha sido positiva, la respuesta también lo será, en el caso contrario, una experiencia negativa resulta en una respuesta negativa (Festinger, 1993).

Sin embargo, en ocasiones, la naturalización de las situaciones y de las condiciones a las que el individuo se enfrenta hace que se vea expuesto a información nueva que detona respuestas no esperadas; esto es lo que en el marco de esta teoría se denomina disonancia. La disonancia se concibe como una relación entre cogniciones, de manera sinéctica, y el surgimiento de nueva información (idea, pensamiento, opinión o experiencia) puede confrontarse con el conocimiento previo, por lo que la respuesta que se produzca puede ser considerada como inesperada o incongruente. La disonancia cognitiva es motivadora, ya que moviliza el sistema ideológico de las personas y posibilita un ejercicio de análisis (Bernal, 1993).

Modelo de acción razonada y conducta planeada

En el caso de los recursos extrínsecos, la teoría propuesta para este programa es el modelo de acción razonada y conducta planeada (Fishbein & Ajzen, 1977), el cual promueve el cambio de comportamientos a partir del análisis reflexivo de las actitudes y aspectos sociales que participan en el maltrato. Este modelo propone que los cambios de conducta se generan a partir de una intención de cambio. Para generar una intención de cambio, se requiere que la persona esté convencida de que el cambio realmente está justificado; para ello es necesario el análisis de las actitudes previas y de algunas normas subjetivas que interfieren con las conductas no deseadas.

Los recursos extrínsecos surgen del contexto en el que las personas mayores tienen poco control para prevenir el maltrato. Por ejemplo, la indiferencia ante las necesidades de salud y las particularidades de atención que las personas mayores requieren, ámbito en el que están involucradas desde los familiares y el personal de salud hasta las estructuras organizacionales de las instituciones de salud. Este componente del programa tiene el propósito de sensibilizar y educar tanto a los adultos mayores como a la sociedad en general sobre este problema, pues hacerlo visible es una forma de atenderlo, ya que el maltrato hacia el adulto mayor es un fenómeno del que poco se sabe y que, por lo tanto, debe difundirse.

En este marco, las actitudes son las evaluaciones positivas o negativas que la persona adopta con respecto a la conducta previa. Las normas subjetivas son aspectos que no necesariamente dependen de la persona, pero que intervienen para que la conducta permanezca.

El supuesto consiste en que, si el adulto mayor es capaz de determinar las distintas formas de maltrato, tomará conciencia de que este problema se presenta en diversas situaciones de la vida cotidiana y en distintos ámbitos, y que incluso él mismo puede estar participando directa o indirectamente en ello. Por consiguiente, hará una valoración positiva o negativa que le

permita cambiar su actitud frente al problema. A partir del cambio de actitud las personas estarán en condiciones de modificar su conducta. La percepción que tengan acerca de las consecuencias de su conducta, definirá su actuación.

Para lograr el cambio de conducta el programa incluye información que les permita tomar las decisiones y acciones más adecuadas para prevenir el maltrato. Estas acciones estarán encaminadas a la prevención, principalmente mediante la omisión, la acción, la contención y, en su momento, la denuncia.

A continuación, señalamos otros modelos teóricos que podrían servir de fundamento al programa.

Teoría de la autoeficacia propuesta por Albert Bandura

Con el propósito de reforzar el trabajo cognitivo social, también se podría incorporar la teoría de la autoeficacia propuesta por Albert Bandura (Bandura, 1982), en el sentido de generar un ejercicio de análisis y reflexión (movilización de la conciencia) para lograr el cumplimiento del nivel de intervención previsto. Uno de los conceptos centrales de esta teoría es la autoeficacia, la cual se refiere a la creencia de que uno puede lograr los resultados deseados (Bandura, 1986; Blanco, Aguirre, Barrón, Blanco, 2016). Según Reigal, Videra & Gil (2014), la autoeficacia imbrica los recursos personales para incrementar el nivel de la autoestima del individuo y promover el afrontamiento asertivo como una propuesta encaminada a replantear el manejo de situaciones incómodas que pudieran representar un riesgo de maltrato.

Modelo de cambio social

La psicología social comunitaria latinoamericana ha surgido a partir de la amplia diversidad de movimientos sociales de las comunidades en los países latinoamericanos para enfrentar las desigualdades. Es en estas condiciones que se inició la construcción del modelo, cuyo eje central es la justicia social.

Este modelo busca que “la comunidad tome conciencia de sí misma, de sus necesidades y situaciones reales, con el fin de descubrir con este proceso de concienciación, escenarios alternativos que se conviertan en estrategias para el cambio” (Musitu, Buelga & Jiménez, 2009), recurriendo a los diferentes grupos sociales como la familia, los amigos y algunas redes institucionales.

Modelo del empoderamiento

Según Buelga, Musitu & Jiménez (2009), el modelo del empoderamiento “busca dotar de poder a las personas con el fin de que puedan controlar sus vidas”. En el marco conceptual del empoderamiento, el término se emparenta con el concepto traducido como potenciación o fortalecimiento. En la potenciación de los recursos psicológicos al que refiere este modelo, se resalta el papel trascendental de la autodeterminación; en este sentido, se reconoce al individuo como parte importante de la adopción de decisiones tanto a nivel individual como comunitario.

Según Rappaport, citado por Buelga, et al. (2009), la potenciación es un constructo de múltiples niveles que da cabida a la participación de grupos institucionales, así como al desarrollo de actitudes propositivas, pues al fortalecer los recursos psicológicos, se vislumbran cambios a nivel individual (en la persona de manera directa) y externo (actitudes y respuestas benéficas de grupos institucionales, redes familiares y de amigos).

Construccionismo y teoría del aprendizaje significativo

La teoría del aprendizaje significativo de Ausubel (Ausubel, Novak & Hanesian, 1983), parte de que el éxito del aprendizaje reside en que las personas ya cuentan con conocimientos y, por lo tanto, se trabaja con la experiencia y con los conocimientos previos bajo un enfoque constructivista en el que el participante va construyendo su propio conocimiento a partir de las capacidades y conocimientos que ya posee.

Durante la planeación del programa se adoptó el método de enseñanza en el que el modelo teórico se adapta a las características de los participantes, y a los recursos y los espacios de intervención, con el fin de conseguir el propósito deseado (Bolaños, 1995). Es importante comentar que, como ya se mencionó, el programa puede implementarse mediante intervenciones breves o prolongadas. En el caso de la intervención breve, el alcance de los resultados solo permitirá la movilización de creencias y conocimientos, es decir, lo correspondiente a las fases cognitivas de sensibilización y reflexión; sin embargo, una intervención prolongada da apertura a un nivel de profundización mayor que permitirá avanzar a una fase de deconstrucción y cambio de conducta. En este caso, se propone trabajar con una población flotante, por lo que el propósito es la sensibilización y la reflexión, lo cual constituye el primer paso para la promoción del bienestar psicosocial en la población de adultos mayores.

Adecuación y objetivo general del programa

El programa está encaminado al trabajo de promoción del bienestar psicosocial para la prevención del maltrato en los adultos mayores a partir de la adquisición de conocimientos acerca de lo que es el maltrato, de su autoconocimiento, de su reconocimiento por parte de la población, del conocimiento sobre sus derechos y la reorientación de las creencias acerca del envejecimiento. El tipo de información proporcionada será de carácter preventivo y se espera que a partir de la sensibilización, reflexión y entrenamiento de las personas mayores y de la sociedad involucrada, los participantes en el programa asuman su compromiso y su responsabilidad en la prevención del maltrato.

Elementos para la implementación del programa

a) Población diana

El programa está dirigido a quienes están en contacto con las personas mayores (familia y convivientes dentro de su comunidad) y al propio adulto mayor.

b) Tiempo y espacio

El aprendizaje se lleva a cabo durante el tiempo que los adultos mayores invierten en la espera de la consulta en las unidades de atención médica (entre 45 minutos y una hora y media).

c) Perfil del adulto mayor objeto del programa

El programa está dirigido a adultos mayores funcionales, es decir, aquellos que no presentan limitaciones intelectuales, como el deterioro cognitivo (demencias), ni sensoriales (visuales-auditivas) o motoras.

d) Perfil del facilitador

Dado que el programa se basa en modelos cognitivos, el trabajo se centra en el participante, quien a partir de sus reflexiones puede profundizar sobre sus actitudes y creencias en interacción con la familia y otros adultos mayores. Ante esta situación, el perfil del facilitador debe responder a una formación profesional en el campo de las ciencias de la salud o de las ciencias sociales, y caracterizarse por la sensibilidad y la empatía con poblaciones vulnerables, la habilidad en el manejo de grupos, la experiencia en el campo gerontológico, el uso y manejo de técnicas de contención y el conocimiento de las instancias a las cuales pueden referir a los adultos mayores en caso de alguna situación de crisis.

Metodología educativa

El programa incluye dos módulos que se presentan en detalle a continuación.

El **módulo 1** (*Recursos psicológicos del adulto mayor*) se ejecutará mediante la modificación de una técnica denominada “ventana de Johari”, una estrategia psicopedagógica empleado en talleres psicoeducativos. Esta técnica facilita la sensibilización del participante sobre los contenidos y permite que la persona acceda a su autoconocimiento y a lo que otros conocen de ella (Fritzen, 1987).

La propuesta original se concibe en cuatro cuadrantes, pero en este programa se modificó ampliando los cuadrantes en un mosaico que incluye cada uno de los conceptos de los recursos psicológicos que se potenciarán, es decir, el autoconcepto, la autoestima, la autoeficacia, la autosuficiencia, la autodeterminación, la autonomía y la resiliencia. De esta manera, el mosaico contiene una línea superior y una inferior, y cada ventana incorpora una pregunta derivada de cada recurso psicológico (Cuadro 1). La línea superior corresponde a la identificación individual (lo que el adulto mayor ve de sí) y la inferior, a la identificación de cada elemento a nivel social (lo que la sociedad o grupos ven de las personas adultas mayores).

Cuadro 1. Ventana de Johari adaptada para el programa de capacitación para prevención del maltrato en adultos mayores

| Concepto/ Nivel | Autoconcepto | Autoestima | Autoeficacia | Resiliencia |
|-----------------|---------------------------------|-----------------------|--|--|
| Individual | ¿Cómo soy? ¿Sé quién soy yo? | ¿Me acepto como soy? | ¿Considero que cumplo en su totalidad con las actividades que me propongo? | ¿Afronto los problemas de manera positiva? |
| Social | ¿Cómo me ven? | ¿Me aceptan como soy? | ¿Creen que todos los adultos mayores consiguen terminar todas las actividades que se proponen? | ¿Las personas a mí alrededor me apoyan para hacer frente a los conflictos? |

Una vez terminado este ejercicio, debe establecerse la relación con los factores sociales, aspectos que se abordan en el módulo 2.

El **módulo 2** (*Recursos sociales*) se ejecuta con la técnica de los estudios de caso, es decir, narrativas que recogen situaciones reales en torno a las cuales las personas reflexionan y ponen a prueba sus conocimientos, aptitudes y actitudes para proponer una solución adecuada. La presentación de los casos permite discutir las actitudes, conductas y consecuencias relacionadas con el maltrato de los adultos mayores para, finalmente, proponer conceptos y alternativas de solución desde las diferentes posturas de quienes maltratan y de quienes son maltratados.

Según Ricoeur (1984), “las narrativas, historias o discursos, son instrumentos importantes para entender las experiencias humanas”, y su uso permite la reflexión sobre el comportamiento humano a partir de su representación en otros. Su uso en la educación se basa en un enfoque constructivista, en el cual los participantes pasan de la descripción de una situación a su interpretación y, a partir de ello, a la transformación de esta realidad (Sola, 2005). En este caso, se pretende propiciar un análisis reflexivo en las personas mayores y en la sociedad en general sobre el fenómeno del maltrato, ya que este se ha normalizado en los ámbitos de la vida cotidiana.

Las narrativas que se presentan en el programa son historias elaboradas a partir de los informes de los estudios de campo hechos en el marco del proyecto “Implementación y evaluación de un modelo integrado para la atención del adulto mayor maltratado”. Sin embargo, en este caso los guiones retoman actitudes y conductas contrarias al maltrato; es decir, desde una perspectiva positiva, desde “el deber ser”, con el propósito de suscitar la comparación con la realidad y rescatar los valores cívicos y humanísticos necesarios para que la sociedad tome conciencia sobre el maltrato hacia los adultos mayores. Asimismo, se enfatiza su papel ante situaciones de adversidad, resaltando los recursos psicológicos individuales que pueden desarrollar para prevenir el maltrato y ejercer plenamente sus derechos.

Como técnica didáctica, las narrativas promueven la participación de los asistentes mediante una lluvia de ideas que, a su vez, propicia la retroalimentación para así garantizar que el mensaje se entienda correctamente, y responder a las dudas o necesidades de las personas en el momento de la intervención.

Organización de los contenidos

Los contenidos se presentarán de una forma clara, sencilla, concreta y dinámica, de tal forma que los participantes puedan obtener la información indispensable para emprender acciones inmediatas frente al maltrato de las personas mayores. Además, la interacción constante evitará monotonía y la pasividad de los participantes para que se puedan recoger sus valiosos aportes.

La selección de los estudios de caso que se utilizarán en el módulo 2 se hará con base en los objetivos particulares, y se orientará a resaltar valores y comportamientos amables y considerados hacia las personas mayores. En primer lugar, se dará a conocer el escenario en el cual se expondrá la situación problemática que puede dar origen al maltrato de los adultos mayores cuidando de presentar una solución positiva y

asertiva en la que se combinen tanto la participación del adulto mayor como de la sociedad, y basada en el respeto y la consideración hacia este grupo poblacional.

Posteriormente se invitará a los participantes a analizar la situación mediante preguntas de reflexión. Es en este momento cuando se da la participación de los asistentes y la retroalimentación por parte de la persona que dirige la sesión. Para terminar, se brindará información general sobre las instancias de apoyo y aquellas que reciben denuncias.

Procedimiento de las sesiones

Las sesiones se llevan a cabo en tres fases: presentación, ejecución o desarrollo, y cierre.

1 **Presentación**

Etapa de preparación. Es importante que el facilitador determine previamente los temas que se van a abordar, que prepare el material que se utilizará en cada sesión (equipo audiovisual, videos, papelería), y verifique cuáles serán las salas de espera o los lugares donde se llevará a cabo la intervención para garantizar que se encuentran en condiciones para la realización de la sesión.

2 **Ejecución o desarrollo**

Etapa de encuadre. El facilitador se presenta ante los usuarios que esperan en la sala de espera y hace la invitación para que participen en las actividades del programa, explica el objetivo de la sesión, su duración y los posibles beneficios de la experiencia.

Etapa de 'preevaluación'. A continuación, el facilitador lleva a cabo una preevaluación sobre conocimientos y actitudes en torno al maltrato del adulto mayor, la cual también se aplicará al finalizar la sesión y permitirá tener la evaluación antes y después de la intervención para medir el impacto del programa. Para ello se utilizará la 'técnica del semáforo' (Londoño-Zabala, 2012), la cual emplea la asociación de las respuestas con los colores rojo, amarillo y verde. Para cada color se tendrá una urna en la que los participantes depositarán sus tarjetas. A cada participante se le entregarán tarjetas con las cuales dará su voto sobre las siguientes preguntas.

1. La familia de una persona que no la visita ni la apoya económica o moralmente, ¿incurrir en una forma de violencia y maltrato?
2. ¿Las personas mayores deben recibir atención médica primero que las demás personas?

3. ¿Por su falta de capacidades las personas mayores ya no pueden decidir qué es lo que les conviene, por eso la familia debe decidir por ellos?
4. ¿Observa que la sociedad en general brinda un trato adecuado a los adultos mayores?
5. ¿Sabía usted que existe una Ley de Derechos de las personas adultas mayores?

Nota: El programa sugiere estas preguntas detonantes, sin embargo, se deja abierta la posibilidad de hacer las que se consideren adecuadas dependiendo de las características de los participantes y sus intereses, o de acuerdo a las temáticas planteadas.

Una vez planteadas las preguntas, los participantes introducirán en la urna la tarjeta que exprese lo que les ocurre a nivel personal (vivencial), así como en la comunidad.

En la urna del color rojo deberán ir los aspectos o situaciones que no deberían continuar reproduciéndose. La urna amarilla, aquellas sobre las que no se tiene una posición determinada y que responden a una postura neutral o de indecisión, y la urna verde, a los aspectos o situaciones con las que se está de acuerdo y que deberían seguir produciéndose.

Etapa de implementación del programa. El programa de promoción se centra en trabajar dos aspectos que intervienen en la prevención del maltrato: los recursos individuales, encaminados a promover la autoestima, el autoconcepto, la autoeficacia y la resiliencia en los adultos mayores, y los recursos de la sociedad en general, entre ellos el respeto a los derechos de las personas mayores, el papel de los cuidadores y los valores cívicos.

La primera intervención (módulo 1) del programa explora los recursos individuales mediante la técnica de la ventana de Johari, en la cual se pide a las personas mayores que expresen su autoconcepto y autoestima (Cuadro 1). Se busca que los participantes hagan una evaluación cognoscitiva o analicen su situación frente a la sociedad en torno a la sensibilización o la reflexión sobre estas creencias o conceptos y sus implicaciones en el problema del maltrato, para que a partir de dicho análisis pueda avanzar hacia la etapa de deconstrucción o cambio, proponiendo nuevas maneras de percibirse y empoderarse ante el riesgo de ser maltratados.

Posteriormente (módulo 2), se presenta la narrativa correspondiente a la sesión mediante la reproducción de un video. Al concluir, se exploran con los participantes las preguntas de reflexión propuestas en las que se abordan situaciones cotidianas que pudieran poner en riesgo de maltrato a los adultos mayores, pero desde una visión positiva que permita que los participantes reflexionen sobre su papel en el problema del maltrato, ya sea como familiares, personal de salud, cuidadores o sociedad en general, con lo cual se da cuenta de los recursos externos contemplados en el modelo propuesto. Con base en la participación de los asistentes al responder a las preguntas, el facilitador debe disipar las dudas que surjan y proporcionar información que les permita una mayor comprensión de la temática presentada. De esta manera se trabaja tanto con los recursos internos de los adultos mayores como con los recursos externos, exponiendo el maltrato como problema social que responde a múltiples causas.

3 Cierre

La sesión se concluye con las preguntas de la preevaluación sometidas a la técnica del semáforo, lo cual permite llegar a una unificación generalizada del sistema de creencias y conocimientos sobre determinados aspectos que giran en torno al maltrato y el bienestar de las personas mayores.

Además, se les pide a los asistentes que expresen cuál fue el tema o aspecto del aprendizaje que en su opinión fue más significativo para ellos. Todo esto se registra en la bitácora para su posterior análisis. Por último, se retoman las tarjetas de la dinámica inicial (técnica del semáforo) para comparar y reflexionar sobre la cantidad de tarjetas en cada una de las urnas y para comentar los resultados.

Evaluación del programa

El programa evalúa el logro eficiente del objetivo en la población blanco relacionado con las actitudes y las creencias sobre el maltrato hacia los adultos mayores. Asimismo, al concluir la sesión, el facilitador tendrá que evaluar diferentes elementos de su desarrollo empleando el instrumento que se presenta en la [Figura 2](#), lo cual permitirá hacer los ajustes necesarios para mejorar en la siguiente sesión.

Figura 2. Formato de evaluación de la sesión de actividades

Fecha: _____ Lugar: _____

Sesión realizada: _____

Instrucciones: Marque con una X en la casilla correspondiente, según esté de acuerdo con el cumplimiento o no del ítem.

| Función | Sí | No |
|---|-----------|-----------|
| ¿Se generaron aprendizajes significativos en los participantes? | | |
| ¿Estos aprendizajes correspondieron al propósito de la sesión? | | |
| ¿La duración de la sesión coincidió con el tiempo programado? | | |
| ¿La duración programada de las actividades fue adecuada? | | |
| ¿Los recursos materiales programados fueron suficientes y adecuados? | | |
| ¿El lugar de la sesión favoreció su realización? | | |
| ¿Las técnicas didácticas contribuyen al cumplimiento del objetivo? | | |
| ¿Las actividades fueron coherentes con la temática? | | |
| ¿Las actividades promovieron en el participante el ejercicio reflexivo? | | |
| ¿Los contenidos fueron adecuados? | | |
| ¿La sesión del programa se centró en la temática? | | |

Comentarios: _____

Contenidos y actividades de los módulos del programa

A continuación, se describen los dos módulos que integran el programa.

Módulo 1. Recursos psicológicos del adulto mayor

En este módulo se abordan diferentes características intrínsecas del ser humano que competen al área intrapersonal, es decir, las interacciones que implican un desarrollo individual con base en conceptos que pertenecen al campo de la psicología, entre ellos, el de autoconcepto, el de autoestima, el de autoeficacia y el de afrontamiento.

Objetivo

Potenciar los recursos psicológicos protectores del adulto mayor en el ámbito personal y en el social (familia y comunidad) que promuevan su bienestar psicosocial para activar en ellos una diversidad de herramientas y estrategias (recursos psicológicos) que les permitan hacer frente a situaciones de riesgo como el maltrato.

Objetivos específicos

- Identificar y reconocer las respuestas conductuales (actitudes y emociones) de las personas mayores ante situaciones de riesgo
- Potenciar el 'autorreconocimiento' de las personas mayores para hacer frente a las situaciones de riesgo
- Potenciar las aptitudes y actitudes de las personas mayores para la aceptación de la adopción de decisiones ante el afrontamiento de situaciones de riesgo
- Potenciar la formulación de estrategias de recuperación frente a las situaciones de riesgo

1.1. Autoconcepto. En el proceso de envejecimiento las personas de edad más avanzada se enfrentan a diversas situaciones que pueden llegar a desequilibrar su estado psicológico o mental. En este sentido, los estereotipos, el miedo a envejecer, las enfermedades crónicas degenerativas y el maltrato, forman parte de los aspectos que detonan crisis como la pérdida del autoconcepto.

"El autoconcepto es la suma de creencias de un individuo sobre sus cualidades personales. Lo que una persona sabe de sí misma y lo que cree que sabe (...). El autoconcepto es la interpretación de nuestras emociones, nuestra conducta y la comparación de la misma con la de otros" (Sánchez de Medina, 2008). Según este autor, el autoconcepto está compuesto por

los siguientes niveles: a) conductual, b) emocional-afectivo y c) cognitivo-intelectual, los cuales se reflejan en el tipo de comportamiento y la forma en que nos vemos, así como en las percepciones, ideas, creencias y en el convencimiento sobre lo que somos. Asimismo, el autoconcepto está constituido por factores como la actitud, las aptitudes, la valoración externa y el esquema corporal.

La imagen corporal que hace parte del autoconcepto se refiere al aspecto físico, aunque en los resultados de un estudio sobre la autopercepción del estado físico en la edad adulta y la vejez, se hace hincapié en que tanto el aspecto como la condición física (habilidad, fuerza o condición física) están asociados con un mejor estado de salud (Grandmontagne, Fernández & Etxaniz, 2010).

El autoconcepto nos conduce a otro concepto, de un nivel más complejo, que integra lo que creemos (autoconcepto) a lo que sentimos: la autoestima.

1.2. Autoestima. Antes se mencionó que en algunas situaciones del adulto mayor se pueden presentar acontecimientos que producen crisis. La autoestima es otro recurso psicológico que se ve afectado por dichas crisis, como la experiencia del maltrato.

La autoestima es un concepto multidimensional que engloba: a) el aprecio de uno mismo como persona, b) la aceptación tolerante de las propias limitaciones, debilidades, errores y fracasos, c) la actitud positiva hacia sí mismo, d) la atención y cuidado de las necesidades reales, tanto físicas como mentales (psíquicas), d) la autoconciencia, es decir, la capacidad de ver lo que pasa en nuestro interior y de escucharse a uno mismo, y e) la actitud de reconocer que no podemos vivir de forma aislada e independiente de los demás (Bonet, 1997).

Sánchez de Medina (2008) destaca que la autoestima está determinada por el ambiente familiar y social en que la persona se relaciona, así como por los estímulos que recibe de estos ambientes, por lo que es un concepto que invita a articular y dirigir el trabajo hacia las personas mayores y la familia. El autoconcepto y la autoestima se van modificando a lo largo de la vida en función de las experiencias que cada uno haya vivido.

1.3. 'Autoeficacia'. La autoeficacia es un aspecto importante en el bienestar de la población, especialmente de la población más envejecida, que debe enfrentar una gran cantidad de cambios del ciclo vital, y promoverla permite que el proceso de envejecimiento se dé en términos positivos de bienestar, de manera que las personas mayores puedan desarrollar y potenciar aptitudes y habilidades para realizar las actividades y las tareas de la vida diaria (Acuña-Gurrola & González-Celis-Rangel, 2010).

La autoeficacia es definida por Bandura como la “creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados” (Olivari-Medina y Urra-Medina, 2007). En este sentido, y para aterrizar su conceptualización, Navarro, Bueno, Buz y Mayoral (2006) comentan que las “creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (...), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean”.

A partir de estos aspectos, la autoeficacia presenta una importante carga en la conducta y particularmente, en la motivación lo que, por ende, se traduce en una toma de decisiones en determinadas situaciones de la vida, así como el afrontamiento de situaciones estresantes (Olivari-Medina y Urra-Medina, 2007; Reigal et al., 2014).

Por otra parte, la autoeficacia en las personas adultas mayores se presenta tanto a nivel individual como grupal, lo individual ha sido descrito anteriormente. En cuanto a lo grupal, se ve a través de la participación y mantenimiento de redes de apoyo social como son los amigos y las agrupaciones institucionales (Acuña-Gurrola y Gonzáles-Celis-Rangel, 2010).

1.4. Resiliencia. El concepto de resiliencia se sustenta en la comprensión de las diferencias individuales que existen entre las personas, así como en la manera en cómo dichas diferencias determinan interacciones igualmente diferentes que dependen de diversos factores (Buitrago- Martínez & Padilla-Hernández, 2008).

En la base de la resiliencia se dan ciertos procesos o mecanismos amortiguadores, o moderadores del estrés, que contrarrestan el riesgo. Masten & Garmezy (1985) agruparon las siguientes variables que, según sus observaciones, operarían como factores protectores.

- Rasgos de personalidad, tales como la autonomía, la autoestima y la orientación social positiva
- Cohesión familiar, calidez y ausencia de graves conflictos
- Disponibilidad de sistemas de apoyo externo que refuercen y alienten los esfuerzos.

Szarazgat & Glaz (2006) distinguen dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión, y, por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad de construir una respuesta positiva pese a circunstancias difíciles.

Este concepto se entrelaza con términos tales como los de vulnerabilidad, riesgo y mecanismos protectores, entre otros, para concluir que la resiliencia

es un conjunto de procesos sociales y psíquicos que posibilitan tener una vida “sana” viviendo en un medio “insano”.

La resiliencia es una cualidad del ser humano que aparece en situaciones y contextos difíciles como la violencia, los maltratos y los abusos. Es así que esta cualidad sirve para hacer frente a tales conflictos y salir fortalecidos al haber transformado la situación desfavorable tanto a nivel personal o individual como colectivo. Aunado a esto, la resiliencia no solamente se concibe como resistir, sino que, además, se considera como una estrategia de recuperación y de transformación (Uriarte, 2013).

La asociación de la resiliencia con situaciones propias del área de la salud y la calidad de vida es destacada, y se resalta la relevancia de sus aportes teóricos en el diseño de estrategias de prevención, promoción y educación en los ámbitos familiar, escolar y comunitario orientados a potenciar los recursos personales ante situaciones desfavorables (Ospina, Jaramillo & Uribe, 2005; Fiorentino, 2008; Uriarte, 2013).

Módulo 2. Recursos sociales del adulto mayor

En este módulo se retoman los factores sociales o extrínsecos que influyen en el maltrato hacia las personas mayores. Se abordan la familia y los factores que intervienen para que se geste el maltrato.

Objetivo

Promover la concientización de la sociedad y la familia acerca de los factores que influyen para que el maltrato se instale al interior de la familia y reflexionar sobre las formas en que se participa en él de forma directa o indirecta.

Objetivos específicos

- Reflexionar sobre la importancia que tiene la familia cuando los padres envejecen, enfatizando en la necesidad de reorganizar las tareas de cuidado y protección a las personas adultas mayores
- Analizar las principales causas que amenazan la armonía familiar cuando se tiene una persona mayor en la casa y sensibilizar a la familia sobre el riesgo de provocarles maltrato
- Promover en la sociedad la comunicación y el intercambio generacional como estrategia para prevenir el maltrato hacia las personas mayores
- Exponer el papel que tienen los cuidadores principales de las personas mayores y sus implicaciones en el maltrato.

Los recursos sociales se agrupan en torno a tres componentes: la convivencia familiar, la cultura y las redes de apoyo social.

2.1. Convivencia familiar. El maltrato de las personas mayores es un fenómeno que se observa en diferentes contextos y, por desgracia, el agresor casi siempre es un conocido y es en el entorno familiar donde más frecuentemente se da este maltrato (Organización Mundial de la Salud, 2002 b). En la medida en que los problemas de salud del grupo de población de 60 años o más aumentan, tiende a aumentar también su dependencia, contexto en el que el agresor frecuentemente es el cuidador principal, quien, debido a la carga que implica cuidar a la persona, se desgasta y por acción u omisión la afecta física, psicológica o económicamente.

a) La familia como sistema. El ámbito en el que las personas mayores pasan la mayor parte del tiempo es el de la familia; es allí donde se desarrolla un sentido de pertenencia y se le da significado a su existencia. En México la familia continúa siendo la principal institución responsable del cuidado y la integración de las personas adultas mayores (INEGI, 2012).

La familia se considera un sistema (Minuchin, 1977) en el que los integrantes están en constante interacción. Bajo este enfoque, todo lo que sucede en su interior afecta a todos los integrantes.

Una de las características que permiten que la familia funcione como un eficiente sistema de desarrollo de sus integrantes, son las reglas y formas de organización que se establecen en su interior, lo que la mantiene en equilibrio constante ante los efectos del medio externo.

Cuando la familia es joven, las reglas de operación y organización definen muy claramente los roles de cada integrante, favoreciendo el respeto hacia los padres, quienes, por derecho, regulan las formas de comunicación, interacción y las funciones en su interior.

Como todo sistema, la familia sufre modificaciones o ajustes conforme evoluciona, y esto le permite llegar nuevamente a un equilibrio.

El envejecimiento de los padres forma parte de la última etapa de desarrollo y en ella tienen lugar importantes cambios y ajustes en la asignación de roles. Cuando esta etapa se inicia, los integrantes de la familia forman parte de otros subsistemas al formar sus propias familias, dejando el "nido vacío", sin embargo, deben mostrar solidaridad para que esto no afecte a las personas mayores o integrantes más vulnerables del núcleo familiar.

Durante la vejez los padres tienen dificultades para cuidarse por sí mismos, y requieren del cuidado principalmente de los hijos. Esta situación de dependencia puede llegar a producir fricciones muy serias, y

provocar una crisis de desamparo. Los hijos caen en el error de asumir que la falta de independencia disminuye también la autonomía de las personas mayores, dando origen al maltrato.

Para que no se afecte la convivencia familiar, las personas mayores deben aceptar sus fuerzas, habilidades y limitaciones y solicitar apoyo a sus familiares de forma abierta (Placeres & De León, 2011). Los hijos deben ser conscientes y aceptar el papel de cuidadores sin olvidar que siguen siendo hijos, evitando restarles autonomía y derechos a las personas mayores.

b) *La historia de vida familiar y la afectación de las relaciones.* Los sucesos vividos a lo largo de la historia familiar, tienen un fuerte impacto sobre su dinámica. Generalmente, a los sucesos más importantes se les atribuye un juicio de valor, lo cual puede llegar a influir en la forma en que los integrantes se relacionan.

Concebida de manera positiva, esta historia brinda identidad y cohesión familiar. Sin embargo, dicha valoración suele ser distinta dependiendo de las personas implicadas. El significado y el sentido que se les atribuye a los sucesos pueden perder objetividad y, en algunos casos, llegar a ser demasiado severos, pues se basan únicamente en el suceso específico, sin explorar el contexto y reflexionar sobre las causas y razones que pudieron influir en algún acontecimiento desagradable.

El funcionamiento familiar puede verse afectado por la interpretación que los integrantes hacen de esta historia de vida, o cuando se dejan conflictos sin resolver y tareas mal resueltas con una actitud cargada de culpa, de rencor y de otras emociones que afectan a todos los integrantes de la familia. Estas situaciones deben detectarse y, si es el caso, solicitar la ayuda de un profesional.

Cuando se normaliza el hecho de vivir en constantes enfrentamientos familiares, se dificulta tomar conciencia del ambiente violento y de la presencia de maltrato hacia las personas mayores. En algunos casos, sucesos desagradables previos pueden llegar a justificar el maltrato hacia ellas. El reconocer que esto no es correcto, a pesar de las circunstancias, es vital en la prevención del maltrato.

c) *Comunicación e intercambio intergeneracional.* En el artículo 16 de la Declaración Política de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (OMS, 2002a) se hace referencia a la necesidad de fortalecer la solidaridad entre las generaciones, teniendo presentes las necesidades particulares de los más mayores y los más jóvenes para así alentar relaciones solidarias entre ellos. Esta política ha dado origen a los programas que promueven la participación social 'multigeneracional'.

El envejecimiento poblacional ha dado lugar a la coincidencia de cuatro generaciones en una misma familia, lo que no había sido posible antes. Este fenómeno, lejos de crear diferencias, representa la oportunidad de compartir puntos de vista sobre una misma realidad.

La solidaridad intergeneracional propone que, si compartimos un momento y lugar en el tiempo, se deben crear entornos propicios para que interactúen distintas generaciones de forma positiva y para unir a jóvenes y adultos en torno a experiencias que promuevan el apoyo recíproco (Newman, 1997).

La familia es, en primera instancia, el ámbito en el que se debe fomentar esta armonía. La UNESCO ha señalado que hay falta de comunicación y convivencia entre las generaciones más jóvenes y las más viejas, lo que ha provocado problemas al interior de las familias (Hattan-Yeo & Toshio, 2001). Esta falta de comunicación afecta principalmente a los adultos mayores.

La indiferencia hacia las personas mayores de parte de las generaciones más jóvenes las aísla poco a poco, y dificulta su inclusión y participación en ciertos espacios de la sociedad, lo que da lugar al maltrato.

Alrededor de estas interrelaciones existen mitos provocados por los estereotipos sobre lo que significa la vejez. Uno de los mitos más difundidos plantea que ambos extremos de la vida son incompatibles e incluso contrarios, adjudicándole el valor positivo a la juventud y el negativo a la vejez.

Esta forma de discriminación existe en la sociedad en general, pero también al interior de las familias, lo que provoca que los jóvenes y los niños sean menos tolerantes y respetuosos hacia los ancianos. Si bien es cierto que las personas mayores requieren de la solidaridad de las personas más jóvenes, también es importante mencionar que ellos también aportan experiencia, conocimiento y saberes culturales que hacen falta en las jóvenes generaciones.

La promoción de una cultura de respeto a las personas mayores desde el hogar, permitirá prevenir su maltrato, reconocer su trayectoria de vida y su contribución a nuestra existencia, evitando que los más jóvenes los vean como meros receptores de cuidados y deudores de atenciones.

El reconocimiento de las personas mayores debe hacerse con dignidad y garantizando el cumplimiento de sus derechos, actitud que debe inculcarse desde la familia mediante el ejemplo de los adultos, sin olvidar que cada uno de nosotros también está inmerso en este proceso de envejecimiento y que al educar a los más jóvenes estamos sembrando bienestar para nuestra vejez.

d) *El cuidador y sus implicaciones en el maltrato de las personas mayores.*

Una de las características de los ancianos más expuestos al maltrato son los impedimentos físicos, los cuales los hacen total o parcialmente dependientes, por lo que requieren de cuidadores que en ocasiones pueden llegar a atentar contra ellos.

Los cuidadores informales o no remunerados suelen ser miembros de la familia que aceptan voluntariamente, o contra su voluntad, la función del cuidado. Los cuidadores de las personas mayores suelen interrumpir su ritmo de vida habitual y limitar su vida social, lo que, con el tiempo, tiene una repercusión negativa en su salud física y mental, y genera problemas sociales y económicos. Esto generalmente desemboca en que los adultos mayores se conciban como una "carga" (Zambrano & Ceballos, 2007), lo cual puede convertirse en un riesgo de maltrato hacia ellos por lo que es importante reconocer que el abandono también representa un tipo de maltrato común cuando el cuidado de las personas mayores representa una carga para la familia.

Ortiz de la Huerta (2007) describe que los principales retos y dificultades del cuidador familiar consisten en que generalmente pocos familiares participan en el cuidado de las personas mayores, y ello trae como consecuencia que quienes lo asumen se enfrenten a enfermedades a causa de esta responsabilidad, así como al desgaste emocional debido a sus pocas habilidades en el cuidado, además de las tensiones resultantes de la mediación entre los compromisos personales, profesionales y familiares.

Otro aspecto importante son las exigencias económicas a la que es sometido el cuidador. Si no existe quien le pueda apoyar con los gastos derivados de los cuidados de un adulto mayor y con la carga del cuidado, se convierte potencialmente en maltratador y, en los casos de las personas mayores con alto grado de dependencia, puede propiciarse el aislamiento social.

Aunque el maltrato no debería justificarse de ninguna manera, a veces se conjugan múltiples factores para que se geste dentro de la familia. Entre ellos se encuentran la escasez de recursos económicos, la convivencia en un contexto en el que se han normalizado las conductas violentas, la desintegración familiar, etc.

Cuando el riesgo de maltrato surge de la persona que cuida a un adulto mayor, es necesario considerar opciones que permitan a los cuidadores atenderse a sí mismos, puesto que ellos también pueden desarrollar enfermedades importantes. Para ello es necesario que la familia sea consciente de su participación en el cuidado y comparta la responsabilidad como una forma de prevenir el maltrato y el desgaste del cuidador principal.

2.2. Cultura. A pesar de que socialmente hemos avanzado hacia un mayor conocimiento de nuestro planeta y de nuestro propio ser, desgraciadamente cada vez se cometen mayores agravios contra la vida de las personas más frágiles.

En el caso de las personas mayores, es necesario educar a la sociedad sobre cómo podemos coincidir y convivir en una sociedad con tendencia al envejecimiento. Para ello es necesario cambiar nuestro sistema de valores, pues vivimos en una sociedad centrada en sobrevalorar el tener y el hacer por encima del ser y el compartir. Este enfoque invisibiliza todo lo que las personas mayores han ganado con el correr de los años: experiencia y conocimiento. El desconocimiento de todo lo que las personas mayores han dejado para nuestras generaciones, establece la base para que el maltrato sea tolerado socialmente.

“El maltrato de las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación” (Organización Mundial de la Salud, 2002c). Es necesario detectar y transformar los estereotipos que provocan marginación y rechazo hacia las personas mayores, así como difundir sus derechos y colaborar para que sean respetados.

Objetivo

Reconocer el maltrato como un problema cultural en la sociedad y concientizar a las personas mayores y a la sociedad en general para que los adultos mayores gocen de los derechos que los protegen.

Objetivos específicos

- Exponer las teorías sociales que explican el maltrato hacia las personas mayores
- Dar a conocer la Ley de derechos de las personas adultas mayores

a) Teorías sociales que explican el maltrato. Algunas teorías han tratado de explicar por qué se da el maltrato en la sociedad. López (2010) ha descrito las siguientes:

La teoría del deterioro, la cual plantea que cuanto mayor sea el deterioro, mayor es la vulnerabilidad de los adultos mayores frente al maltrato debido a su dependencia creciente.

La teoría de la psicopatología del abusador, la cual postula que quien maltrata podría presentar alguna alteración emocional o psíquica, o tener problemas de adicción.

La teoría de la violencia como dinámica familiar propone que provenimos de familias con patrones de comportamiento violentos; estos patrones se han venido transmitiendo de generación en generación, de tal forma que se es insensible a los efectos que este tipo de comportamiento pueden provocar en los más vulnerables. Esta teoría bien puede trasladarse del ámbito familiar al ámbito social, en el cual la violencia se encontraría culturalmente naturalizada en ciertas regiones de nuestro país, o, incluso, en todo su territorio.

La teoría de las actitudes sociales negativas hacia las personas mayores, la cual sostiene que los estereotipos y prejuicios negativos en torno a la vejez favorecen el maltrato y la deshumanización en su cuidado, situación que también puede determinar una forma cultural de percibir y comportarse con las personas mayores sin que haya ningún tipo de remordimiento.

Por otro lado, Sirlin (2008) propone otros modelos, algunos de los cuales aportan nuevas explicaciones: el modelo situacional, el cual concibe la violencia como una respuesta irracional a una situación estresante, comportamiento que tiene su base en una niñez sometida también a la violencia; el modelo de 'interaccionismo' simbólico, el cual plantea que cuando existe un reajuste en los roles y valores al interior de la familia o en la sociedad se tienden a cuestionar la identidad y las líneas de autoridad del grupo social, especialmente cuando estas figuras atraviesan por un proceso de desamparo o vulnerabilidad, y, por último, el modelo de la teoría feminista que postula la disparidad de los derechos por causa del género, determinando quiénes conforman los grupos dominantes y quiénes los dominados; en este caso, las personas mayores, por sus características físicas, estarían en los grupos dominados.

Estas teorías explican los sistemas socioculturales desde los cuales se ven, se representan y se trata a las personas mayores. Debe analizárselas con detenimiento para determinar las causas que prevalecen en nuestra sociedad, con el fin de erradicarlas mediante la educación y la promoción de derechos.

b) Derechos de las personas adultas mayores. En junio de 2002 entró en vigor la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en México. En ella se establece que todas las personas mayores de 60 años serán consideradas beneficiarias con base en los siguientes principios:

Autonomía y auto-realización. Con ello se busca fortalecer la independencia, la capacidad personal y el desarrollo humano de las personas mayores.

Participación, es decir, que las personas mayores participen activamente en todos los ámbitos de la vida pública.

Equidad, es decir, que reciban un trato justo que tome en consideración sus condiciones en pro de su bienestar y sin establecer distinciones.

Corresponsabilidad de las instituciones públicas y privadas, de familias y de la sociedad en general

Atención preferente, es decir, que las instituciones, la sociedad y las familias desarrollen programas acordes a las necesidades de las personas mayores y en su beneficio.

Los derechos contemplados en la Ley son los siguientes.

Derecho a la integridad, la dignidad y la preferencia. La garantía de este derecho incluye la calidad de vida, caracterizada por un trato sin discriminación y sin ningún tipo de violencia, así como la protección del estado, la sociedad y la familia para proporcionar un entorno seguro, digno y decoroso a los adultos mayores.

Derecho de la certeza jurídica. En caso de tener necesidad de realizar un procedimiento judicial, los servidores públicos darán a los adultos mayores un trato digno y respetuoso, explicándoles sus derechos y brindándoles asesoría legal y gratuita. En caso de trámites testamentarios, se les deberá proteger su autonomía.

Derecho a la salud, la alimentación y la familia. Los adultos mayores tienen derecho a contar con los medios necesarios para vivir dignamente. Para ello es necesaria la creación de programas y la participación de las instituciones, la sociedad y la familia. Un ejemplo de estos programas es la ayuda económica para las personas de 60 años y más que, aunque no resuelve todas sus necesidades, sí es un apoyo importante para ellas. Las familias tendrán el derecho a recibir apoyo subsidiado de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas mayores a su cargo, además del derecho a la preferencia en el acceso a los servicios de salud.

Derecho a la educación. Las personas mayores tendrán acceso preferencial a la educación. La Secretaría de Educación Pública solicitará que las escuelas incluyan en sus planes y programas de estudio temas relacionados con el envejecimiento.

Derecho al trabajo. Los adultos mayores gozarán de las mismas oportunidades de trabajo de cualquier otra persona para así desarrollar sus capacidades y recibir un salario digno y las prestaciones contempladas por la ley.

Derecho a la asistencia social. Las personas mayores recibirán apoyo en caso de desempleo, discapacidad o dificultades económicas, y tendrán acceso a una vivienda digna y adaptada a sus necesidades, o si es el caso, a ser recibidas en un albergue y a otros servicios al quedar desamparados.

Derecho a la participación. Los adultos mayores tienen el derecho de participar en las decisiones que les afecten en su ciudad, barrio o comunidad. Pueden asociarse a grupos que les permitan participar en la promoción de su desarrollo colectivo y, según sus capacidades, en el desarrollo comunitario, así como en actividades culturales, recreativas y deportivas. Asimismo, tienen el derecho de participar en los órganos de decisión y consulta ciudadana.

Derecho a la denuncia popular. Todas las personas u organizaciones que integran la sociedad podrán denunciar cualquier acto u omisión que perjudique los derechos y garantías de los adultos mayores.

Derecho de acceso a los servicios. Los adultos mayores recibirán trato preferente en todas las instituciones públicas y privadas, y en el transporte público, y para ello los servicios y establecimientos públicos y privados deberán adaptar sus instalaciones para facilitar el acceso de los adultos mayores.

2.3. Redes de apoyo social. Las redes de apoyo social representan un sistema de intercambio que puede ser formal o informal, y que se constituyen como en apoyo de los grupos de personas vulnerables con el propósito de cubrir necesidades que las instituciones formales no pueden solventar.

Una red de apoyo constituye “una práctica simbólica-cultural que incluye al conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y así evitar el deterioro real o imaginario, en especial cuando se tiene una dificultad o crisis” (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2003).

Según Krassoievitch (1998), las personas que reciben más llamadas telefónicas y visitas de amigos o familiares, así como quienes tienen mayor participación social, gozan de un mejor estado de salud que aquellas que se muestran pasivas o excesivamente dependientes de cuidados.

Objetivo

Brindar información a las personas mayores y a la familia sobre los diferentes tipos de redes sociales de apoyo a los que podrían acudir, así como sobre el tipo de apoyo que brindan.

Objetivos específicos

- Dar a conocer la utilidad que tienen las redes de apoyo en la atención y prevención del maltrato hacia las personas adultas mayores
- Presentar las principales redes de apoyo disponibles para las personas mayores.

Las redes de apoyo han surgido a lo largo de la historia a partir de la necesidad del hombre de desarrollarse en sociedad. El hombre requiere de la pertenencia a algún grupo social. El primer contacto es la familia, sin embargo, con el paso del tiempo este vínculo tiende a disolverse. Cuando llega la vejez, los hijos pueden apoyar a los adultos mayores, pero no siempre sucede así y a veces terminan solos, completa o parcialmente, y, en estos casos, el acceso a las redes de apoyo constituye una valiosa ayuda. Es importante ubicarlas y conocer el tipo de apoyo que proporcionan, pues en situaciones de maltrato por abandono estas instancias son las más idóneas.

a) Tipos de redes de apoyo. Existen dos tipos de redes sociales: las que brindan apoyo informal, constituidas por la familia, los vecinos y las organizaciones de servicios comunitarios, y las de apoyo formal, constituidas por instituciones públicas o privadas.

b) Los apoyos que proporcionan pueden ser materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. Estos apoyos constituyen una alternativa útil en el caso de las personas mayores con antecedente de maltrato psicológico, pues les ayudan a recuperarse a través del reconocimiento de sus capacidades, el fortalecimiento de su autoestima y el autoconcepto positivo. En el caso de los grupos de ayuda mutua, las personas mayores participan activamente en el desarrollo de actividades y tareas acordes con sus capacidades, lo cual resulta importante porque los adultos mayores son muy sensibles a que se les perciba como personas deudoras de atenciones y apoyo, y prefieren que el apoyo sea recíproco.

A pesar de que existen redes de apoyo formales, se sabe que en nuestro país la red familiar resulta ser la principal red de apoyo para las personas mayores y es la que satisface la mayoría de sus necesidades. En segundo lugar se encuentra la red de amigos y vecinos que proporciona acompañamiento, recreación y apoyo emocional.

c) Redes de apoyo para las personas adultas mayores en México. Las siguientes son instituciones que pueden proporcionar apoyo a las personas mayores en situación de maltrato.

- ✓ Instituto Nacional de Atención y Protección del Adulto Mayor (INAPAM)
- ✓ Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- ✓ Módulos gerontológicos
- ✓ Casas de día
- ✓ Estancias o casas de retiro (públicas y privadas)
- ✓ Comisión Nacional de Derechos Humanos o las comisiones estatales correspondientes
- ✓ Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)
- ✓ Programa Prospera
- ✓ Grupos de Ayuda Mutua
- ✓ Instituciones de Salud
 - Seguro popular
 - Centros de salud
- ✓ Organizaciones de la sociedad civil

Por último, debemos señalar que los contenidos temáticos descritos en esta sección se ajustan a las siguientes fichas descriptivas de las sesiones propuestas para el programa.

Fichas descriptivas de los módulos temáticos

| Objetivo de la sesión: que las personas mayores reflexionen sobre cómo se perciben a partir de su estado físico y qué actitudes adoptan ante las situaciones de enfermedad | | | Sesión 1/4 |
|---|--|--|-------------------|
| Contenido | Procedimiento | Materiales | Tiempo |
| Autoestima Autoconcepto | Ventana de Johari | | 15 minutos |
| Autoconcepto Imagen de las personas mayores | Exposición del video “Don Ricardo y su familia”, parte 1 (ver Narrativa 1) | Televisor, reproductor de DVD | 5 minutos |
| Concientización sobre las actitudes, aptitudes y valoración del estado físico de las personas mayores El papel de la familia en el cuidado de las personas mayores | A partir de la escena pida a los participantes que reflexionen y comenten las siguientes preguntas. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se ve a sí mismo Don Ricardo? ¿Por qué? • ¿Esta actitud se da en la mayoría de las personas adultas mayores? ¿Por qué? • ¿Cómo reaccionarías tú? • ¿Cómo actuó María ante la situación de salud de su padre? • ¿Cómo ve María a su papá? • ¿Cómo vemos en la sociedad a las personas mayores? | Facilitadores y participantes Lluvia de ideas | 15 minutos |
| Cierre de la sesión | Dar información sobre cómo influyen los estereotipos en la forma en que percibimos y tratamos a las personas mayores y acerca de cómo estos estereotipos también influyen en las actitudes y el reconocimiento de sus propias capacidades | Facilitadores Trípticos | 5 minutos |

Guión del video-narrativa 1.

Sesión 1 (Autoestima y autoconcepto)

Personajes:

- Don Ricardo de 85 años de edad, padece de artrosis, diabetes mellitus y deficiencias visuales, y vive en casa de sus hijos y de su familia.
- María es hija de Don Ricardo, madre soltera de dos hijos, tiene un puesto de gorditas y comida.

Contexto: Hogar

Don Ricardo se encuentra sentado al borde de la cama, preocupado porque en el transcurso del día se ha sentido débil y ha notado que tiene muchas ganas de orinar, en ese momento llega María del trabajo.

María: Papá ¿cómo está? Ya regresamos.

Don Ricardo: Sí hija, está bien, cómo les fue.

María: Fíjese papá que nos fue mal, a Miguelito se le olvidó tapar la masa y se nos echó a perder todo, y ¿ve que hizo mucho calor?... pues ya fueron perdidas, y pues ya, ¿qué hacíamos?, nos tuvimos que regresar. Lo peor de todo es que mañana tengo que pagar la cooperación de la escuela y ve que a Miguelito ya se le acabaron los zapatos; ahorita estoy viendo cómo le voy hacer ¡ya ni modo! No los mandaré a la escuela.

Don Ricardo: Hija, no te preocupes, me acaba de llegar lo de la pensión, eso lo puedes usar para mandar al niño a la escuela y ayudarte.

María: Pero, papá ¿cómo cree? Eso es para sus medicamentos, usted tiene muchos gastos, ya ve que le duele su pierna, por cierto, ¿cómo se ha sentido?

Don Ricardo: No muy bien, hija, en la mañana me dio un mareo, pero no quiero preocuparte.

María: No quiero que le pase lo de la otra vez, ya ve que se puso muy mal, además lo de su pierna es muy complicado...

Don Ricardo: Hija, no te preocupes, yo todavía me veo en el espejo y sé que estoy fuerte, acuérdate que ¡soy fuerte como un roble!, ahora puedo apoyarte de esta manera.

María: (Se queda pensando). Pero le tomaré la palabra, porque sí me urge ese dinero, me da mucha pena papá, porque es lo único que usted tiene, pero espero se lo pueda reponer lo más pronto posible. Aunque lo veo un

poco cansado (pausa, María nota que su papá se marea) ¿Se mareó?, como que lo veo un poco pálido, mejor mañana que le den una checadita en el centro de salud.

Don Ricardo: Sí, hija, pero tú no te preocupes, yo mañana me levanto bien temprano para irme a sacar cita al centro de salud.

María: No, papá, yo sé que usted puede hacer sus cosas solo, pero el médico y la enfermera nos piden que lo acompañemos, es muy peligroso que usted ande en la calle, mire, yo ahorita me organizo, le encargo a doña Cuquita un rato el puesto, que los niños le ayuden, mientras yo lo acompaño temprano a su consulta, y ya cuando regrese me voy al puesto con los niños.

Don Ricardo: Pero... hija, agradezco que me vayas a acompañar ¡Hoy por mí, mañana por ti! (Sonríen).

María: Así es, papá, usted no se preocupe, a ver cómo le hago, y yo mañana temprano lo acompaño.

Don Ricardo: ¿Entonces me preparo para mañana irnos temprano? Deja, aunque sea me lavo la cara.

María: No, ahorita se echa un buen baño para que vaya bien guapo.

Don Ricardo: Hija, pero no puedo acarrear el agua y mucho menos acercarme a la lumbre.

María: No se preocupe, ahorita le acercó el agua caliente y le digo a Miguelito que esté aquí al pendiente de usted por si le hace falta algo. Y mañana nos vamos bien temprano.

| Objetivo de la sesión: promover en las participantes estrategias para enfrentar situaciones de adversidad a partir de los recursos que poseen. Que los familiares y la sociedad se sensibilicen ante las necesidades de las personas mayores en cualquier ámbito, sea familiar, social o institucional | | | Sesión 2/4 |
|---|---|--|-------------------|
| Contenido | Procedimiento | Materiales | Tiempo |
| Resiliencia y autoeficacia | Ventana de Johari | | 15 minutos |
| Tipos de afrontamiento Cultura de apoyo a las personas mayores | Exposición del video "Don Ricardo y su familia", parte 2 | Televisor, reproductor de DVD | 10 minutos |
| Afrontamiento positivo Apoyo de la sociedad ante las necesidades de las personas mayores Derechos de las personas mayores | A partir de la escena, pida a los participantes que reflexionen y comenten las siguientes preguntas. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo reaccionan las personas ante las limitaciones de movilidad de Don Ricardo en el transporte público? • ¿Por qué Don Ricardo insiste en ser atendido por el médico? • ¿Esta actitud se da en la mayoría de las personas adultas mayores? ¿Por qué? • ¿Cómo reaccionarías tú? ¿Por qué? • ¿Las personas y el personal del centro de salud fueron sensibles a la necesidad de Don Ricardo? • ¿Esto debería suceder en la realidad? ¿Por qué? | Facilitadores y participantes Lluvia de ideas | 15 minutos |
| Cierre de la sesión | Se retoman los comentarios y se cierra la sesión brindando información sobre la importancia de que las personas mayores se sientan merecedoras de un trato justo y de gestionarlo o, incluso, reportar malos tratos. La sociedad debe crear conciencia sobre su participación indirecta en situaciones de maltrato hacia las personas mayores. | Facilitadores Trípticos | 5 minutos |

Guión del video-narrativa 2.

Sesión 2 (Autoeficacia y resiliencia)

Personajes:

- Don Ricardo
- María
- Pasajero
- Chofer
- Señora
- Enfermera Toñita
- Doctor García

Contexto: transporte público

Don Ricardo y María salen a las 5:00 am de su casa. Para llegar al centro de salud hacen hora y media y tienen que transbordar en autobús hasta Xoxocotla. Durante el recorrido don Ricardo está preocupado porque a esa hora hay demasiada gente en el transporte público y él tiene problemas de movilidad.

Don Ricardo: ¡Ay, mijita, por mi culpa ya se nos fue el autobús! Ya ves que estos pies ya no me funcionan.

María: No se preocupe, papá, ahorita viene otro. Por eso salimos con tiempo, total lo de menos es que no lleguemos a tiempo, me preocupa más que se me vaya a caer por querer ir rápido. Mire, ya ve, ya llego otro autobús.

Don Ricardo observa que el escalón para subir al micro es muy alto e intenta, pero no puede subir. Entonces, María habla con el chofer:

María: Señor me podría ayudar con mi papá, es que no puede subir.

Pasajero: A ver señor apóyese de mi brazo, mientras yo lo impulso. (Lo ayudan a subir).

Don Ricardo: Muchas gracias, joven.

Chofer: ¿Hacia dónde se dirigen?

María: Al centro de salud de Xoxocotla.

Pasajero: A ver, siéntese aquí para que esté cerca de la puerta.

Don Ricardo: Muchas gracias. Hija, qué bueno que viniste conmigo, no sé qué hubiera hecho. Es tan difícil para mí andar en el transporte.

María: Sí, papá, ya ve, y usted que se quería venir solo, ya vio que pidiendo favor siempre hay gente buena que apoye. Hasta asiento de adelante nos tocó.

Estaban tan cansados, que se quedaron profundamente dormidos durante el viaje. De repente un grito los despertó.

Chofer: Los que bajan en el centro de salud ya casi llegamos.

María: (Se despierta un poco adormilada). Ya papá, acomódese que ya vamos a bajar. ¿Si puede o pido ayuda?

Don Ricardo: De bajada sí puedo, hija, lo que se me dificulta es subir.

Al llegar al centro de salud observan que ya hay mucha gente esperando.

María: ¡Disculpen! ¿Quién es el último, para sacar cita?

Señora: Yo soy la última de la fila.

María piensa que a la mejor ya no alcanza cita, ya que solo dan 15 fichas para ese día.

María: Papá, todavía van a tardar en abrir el centro de salud, así que mejor tápese bien, no se me vaya a enfermar. (María inclina la cabeza y se queda pensando, después de un rato le pregunta a su papá). ¿Está cansado?

Don Ricardo: Sí, hija, ya ves que estos pies no me ayudan para estar mucho tiempo parado.

María: Vamos a buscar en qué se puede sentar. ¡Mire! Ahí hay una piedra, donde se puede sentar, mientras yo me formo para sacar la cita.

Don Ricardo: (Se sienta en la piedra, se queda mirando a su hija). Hija mía, no sé qué hubiera hecho si no me hubieras acompañado.

El centro de salud abre a las 8:00 am, al llegar la enfermera empieza a repartir fichas, pero al tocarle el turno a María las fichas ya se habían terminado.

María: Papá, ya no alcanzamos ficha, levántese, mañana venimos.

Don Ricardo: No, hija, vamos a esperar un poco, quizás, algún médico nos pueda atender, a veces se desocupan antes y me pueden dar la consulta.

María: (Se acerca a la enfermera). Señorita, mi papá no alcanzó ficha, él tiene 85 años, tiene diabetes y no se ha sentido bien en estos días, le puede decir al doctor que si nos puede atender en algún espacio que tenga tiempo.

Enfermera Toñita: Sí señora, deje le aviso al doctor, a ver si los puede atender. (Toca la puerta. Toc...toc...toc...).

Doctor García: Adelante.

Enfermera Toñita: Doctor García, hay un señor mayor que se siente mal, su familiar quiere saber si lo puede atender... ya que no les tocó ficha.

Doctor García: (Se queda pensativo) ¡Que pase! Por mí no hay ningún problema, solo que pregúntele a las siguientes personas si tienen algún inconveniente de ceder el lugar al señor.

Enfermera Toñita: ¿Ficha 3? Señora, hay un ancianito que se siente mal, ¿tiene algún inconveniente para que pase primero que usted?

Señora: Por mí no hay problema que pase, al cabo que yo vengo de aquí cerquita.

María: ¡Muchas gracias, seño! Véngase papá, ya lo van a atender.

| Objetivo de la sesión: establecer cómo influyen los servidores públicos y la familia en el buen trato hacia las personas mayores. La participación de las personas mayores en las decisiones relacionadas con la atención médica también forma parte de un derecho fundamental. | | | Sesión 3/4 |
|--|---|--|-------------------|
| Contenido | Procedimiento | Materiales | Tiempo |
| Autoestima y autoconcepto | Ventana de Johari | | 15 minutos |
| Autoestima Los cuidadores familiares El personal de salud y la atención hacia las personas mayores | Exposición del video “Don Ricardo y su familia”, parte 3 | Televisor, reproductor de DVD | 10 minutos |
| La familia Los cuidadores y su relación en el trato de las personas mayores Los derechos de las personas mayores | A partir de la escena pida a los participantes que reflexionen y comenten las siguientes preguntas. • ¿Por qué Don Ricardo no tiene apetito? • ¿La falta de apoyo hacia María podría afectar la relación con Don Ricardo? • ¿Cómo debería reaccionar María? • ¿El personal del centro de salud fue sensible a las necesidades de Don Ricardo y su hija? | Facilitadores y participantes Lluvia de ideas | 15 minutos |
| Cierre de la sesión | Se retoman los comentarios y se cierra la sesión brindando información sobre la importancia de los cuidadores en el bienestar de las personas mayores. Las personas mayores deben ser activas en su autocuidado, y reconocerse como personas independientes en la medida de lo posible. Deber ser de la atención médica hacia las personas mayores | Facilitadores Trípticos | 5 minutos |

Guión del video-narrativa 3.

Sesión 3 (Autoestima y autoconcepto)

Personajes:

- Doctor García
- Enfermera Toñita
- Don Ricardo
- María

Contexto: Consultorio médico

El Dr. García accede a atender a Don Ricardo a pesar de que se encuentra saturado de trabajo, hoy le toca entregar informes y tiene que llenar varios formatos. Sin embargo, sabe que Don Ricardo difícilmente tendrá la oportunidad y los medios para regresar al día siguiente y muy probablemente empeorará en su casa.

Doctor García: A ver Toñita, pásame al paciente que está delicado y a su familiar.

Enfermera Toñita: Sí doctor... Pasen por favor.

Doctor García: Buenos días, siéntense por favor, soy el Dr. García (saluda), platíqueme, ¿en qué puedo ayudarles?

Don Ricardo: Buenos días, doctor, pues fíjese que desde ayer ando mareado y me siento débil, sin fuerzas. Me he sentido también con vómito y he ido a orinar muy seguido, por ejemplo, en este momento me siento muy agotado por el viaje.

María: Él es diabético, doctor, y sí lo he notado muy decaído, me da miedo que se vaya a caer.

Doctor García: ¿Ya desayunó?

Don Ricardo: No, doctor, siempre que vengo a consulta procuro venir en ayuno para que me tomen la prueba del azúcar.

Doctor García: Muy bien, le voy a hacer algunas preguntas y...Toñita, ¿ya le tomó sus signos vitales?

Enfermera Toñita: No, doctor, es que tengo el puesto de vacunas y se me juntó el trabajo, pero ahorita mismo se los tomo, es lo que iba a hacer.

Doctor García: Por favor, también hágale una prueba de azúcar y tráigame su expediente. Dígame... ¿Cómo se llama?

Don Ricardo: Ricardo Pérez Carrillo, para servirle.

Doctor García: ¿Cuántos años tiene con la diabetes y qué está tomando para controlarse?

Don Ricardo: Más o menos 10 años y me tomo una pastilla roja y una blanquita, dos en la mañana y noche. ¡Mire, aquí las traigo! (Se las entrega).

El doctor se da cuenta de que es glibenclamida y metformina, y que las cajas todavía tienen pastillas.

Entre tanto, Toñita le toma la presión y el azúcar a Don Ricardo.

Doctor García: ¿Estas cajas, desde cuándo se las dieron? (mirando a María)

María: No sé, la verdad es él quien se cuida, como yo trabajo, no puedo estar al pendiente... Papá, ¿cuándo fue la última vez que vino al médico y le dieron su tratamiento?

Don Ricardo: Mmmm... ¡No me recuerdo bien!... ¡Ah! Sí, sí... ves que me vine un día después del desfile de independencia o sea el 17 de septiembre... sí, porque me acuerdo que no había servicio antes.

Doctor García: Estamos a 28 de octubre, o sea que tiene más de 40 días que le dieron su tratamiento... Don Ricardo, ¿se toma usted el medicamento a las horas que se lo indicaron... o ha dejado de tomárselo?

Don Ricardo: (Se pone nervioso). La verdad es que a veces no me acuerdo si ya me lo tomé, otras veces se me olvida o no me lo tomo, porque la verdad me irrita mucho el estómago, son muchas las molestias que me dan.

Doctor García: Es muy importante que se lo tome cuando haya comido, Don Ricardo, para que no le irrite mucho el estómago.

Don Ricardo: Es que... le voy a ser sincero, doctor... la mayor parte del día estoy solo porque María, aunque vive conmigo, trabaja en la cocina económica con sus hijos y aunque ella me deja la comida, pues a mí no me motiva comer, es más, ni hambre me da.

Enfermera Toñita: Aquí está el expediente doctor, ahí le anoté los signos vitales y los resultados de la prueba de azúcar... (Baja la voz baja, señalando en el expediente)

¡Con razón se siente mal!

Doctor García: A ver, pase a la camilla para revisarlo, por favor, apóyelo señora.

María: ¡Deme la mano papá y con cuidado súbase!

Don Ricardo: ¡Gracias, hija!

El Doctor revisa minuciosamente a Don Ricardo y detecta que viene muy inflamado del estómago, pálido y deshidratado.

Doctor García: Ya, Don Ricardo, puede sentarse.

María: A ver, papá, apóyese en mí y con cuidado bájese.

Don Ricardo: ¡Gracias, hija!

Doctor García: Pues bien, Don Ricardo, y... ¿María?

María: Si, sí, doctor.

Doctor García: La razón por la que usted se siente tan mal es porque el azúcar se le ha disparado demasiado, tiene usted casi el doble del nivel que manejó hace un mes. ¿Esto qué quiere decir? ... que su enfermedad está descontrolada. También observo que usted ha bajado 8 kilos en un mes.

María: ¿Ya ve, papá? ¿Por qué no come?, si yo le dejo la comida, ¿acaso ya no le gusta? Si no, dígame y yo le preparo otra cosa.

Doctor García: Además de que no come, la baja de peso es producto del mal control de la enfermedad y si Don Ricardo no se toma las pastillas, pues es peor. Sin embargo, también observo que lleva diez años tomando la misma medicina. Esto quiere decir que probablemente el medicamento ya no es suficiente para que Don Ricardo mantenga su azúcar en un nivel adecuado. Además, es comprensible que él tenga molestias al tomárselo, pues a la larga este medicamento produce irritación en el estómago... esto lo puedo observar porque trae muy inflamados sus intestinos. Por lo tanto, va a ser necesario que se aplique la insulina inyectada. Pero para esto don Ricardo va a requerir mayores cuidados por parte de usted y de su familia. En primer lugar, no debe permanecer tanto tiempo solo y deben asegurarse de que coma cinco veces al día.

María: Pero la insulina, ¿no es mala para la vista?

Doctor García: No, para nada, ese es un mito. La verdad es que la insulina es el mejor medicamento que su papá puede recibir. Claro que requiere mayores cuidados porque va a ser necesario que usted aprenda cómo y cuándo debe aplicársela. Aunque por esto no se preocupe, aquí le vamos a enseñar.

María: Bueno, eso es lo de menos, a mí me enseñaron a inyectar a mis hijos cuando se enfermaban y eran pequeños. Pero, ¿no le va a doler mucho?

Don Ricardo: No te preocupes, hija, yo prefiero piquetes a tomar tanta pastilla, y si como dice el doctor que no me afecta para mi vista, que de por sí ya no veo muy bien, pus por mí no hay problema.

María: Bueno, pues eso sí, pero, ¿esto es muy caro, doctor?

Doctor García: Pues la insulina se la vamos a dar aquí, lo único que usted debe comprar son las jeringas. Pero una jeringa la puede utilizar hasta tres veces. Y solo va a requerir un piquete por día.

María: (Preocupada). Bueno... pues sí doctor, muchas gracias.

Doctor García: Ahorita le hago su receta y va a pasar con Toñita, quien le va a explicar sobre los cuidados que requiere Don Ricardo, en dos días debe sentirse mucho mejor y empezar a subir de peso. Espero verlo la siguiente semana, saque su cita. Y usted don Ricardo, recuerde que debe procurar comer y tomar mucha agua porque ahorita viene un poco deshidratado (se despide).

Don Ricardo: Sí doctor, muchas gracias.

María: Gracias, doctor.

Enfermera Toñita: Pase, por favor, familiar de don Ricardo.

María: Espéreme tantito, papá, siéntese, ahorita vengo.

Don Ricardo: Sí, hija.

Enfermera Toñita: Sra. María, es muy importante que don Ricardo no esté mucho tiempo solo, él es una persona con necesidades de apoyo constante, debido a la enfermedad, las personas mayores olvidan muchas cosas y no pueden darse los cuidados más básicos que requieren como comer adecuadamente, asearse ciertas partes de su cuerpo, como los pies, e inclusive ir al sanitario o tomarse sus medicamentos, como ya se dio cuenta. Además, los cuidados en el tratamiento con insulina son más delicados, aunque es mejor el tratamiento.

María: (Empieza a llorar). Me siento muy presionada, porque soy madre soltera, tengo a mis hijos chicos, todos trabajamos en una cocinita económica y aunque quisiera estar con él todo el día, ¿cómo nos mantendríamos?... No tengo quien me apoye... me duele mi padre porque yo lo quiero muchísimo, pero sí me siento muy presionada. Yo pensé que dejándole las cosas cerca, como la comida y agua, era suficiente... pero, ¿ahora esto? ... (Solloza) ¿Qué voy a hacer?... Créame que a veces sí me desespero bastante, que hasta mis hijos me dicen que me he vuelto un poco violenta con ellos y a veces cuando me pide algo mi papá, pues ya me dan ganas de decirle que estoy cansada o que por qué no le dice a mi hermano que no le ayuda en nada y vive tan cerca de nosotros.

Enfermera Toñita: (Abraza a María). La entiendo perfectamente, usted se encuentra en una situación difícil, pero debe buscar apoyo. ¿Ha hablado con su hermano acerca de los cuidados de su padre?

María: No, la verdad es que él no es muy allegado a mi papá y tiene tiempo que no nos sentamos a platicar, pienso que no me va a ayudar.

Enfermera Toñita: ¿Por qué no lo intenta? El apoyo no solo puede ser económico, sino en tiempo y cuidados. Lo poco en lo que le pueda ayudar le permitirá sentirse menos presionada. Incluya a sus hijos en tareas de acompañamiento, esto los vuelve mucho más sensibles y les permite sentir que están haciendo algo importante. También cheque si en su comunidad existen asociaciones que apoyen a personas con enfermedades, o grupos religiosos. Algunas veces estos grupos pueden dar un apoyo económico y moral importante.

María: Bueno, sí, está bien, pareciera que no, pero el hecho de hablarle de esto me ha hecho muy bien. Voy a hacer lo que usted me aconseja. Quiero mucho a mi padre y primero Dios, vamos a salir adelante.

Enfermera Toñita: Va a ver que sí, si requiere asesoría le voy a dar mi número telefónico para que me hable en lo que se adapta al cambio. Y limpie su carita, que no se dé cuenta don Ricardo que lloró.

María: Sí, ¡muchas gracias!

¡Vámonos papá! ¿Cómo se siente?

Don Ricardo: Pues ya mejor, ya tengo un poquito de hambre, traje unas tortas, ¿quieres una?

María: Sí papá, se ve que está muy sabrosa.

Don Ricardo: Si hija, la hice apenas en la mañanita.

| <p>Objetivo de la sesión: promover en las participantes estrategias para enfrentar situaciones de adversidad a partir de los recursos que poseen. Que los familiares desarrollen habilidades para evitar que las dificultades en el cuidado de las personas mayores propicien situaciones y ambientes de maltrato.</p> | | | Sesión 4/4 |
|---|--|--|-------------------|
| Contenido | Procedimiento | Materiales | Tiempo |
| Resiliencia y autoeficacia | Ventana de Johari | | 15 minutos |
| Cultura de apoyo al adulto mayor Compartir el cuidado Redes de apoyo | Exposición del video "Don Ricardo y su familia", parte 4 | Televisor, reproductor de DVD | 10 minutos |
| Afrontamiento positivo El apoyo y la coordinación de la familia en el cuidado del adulto mayor Derechos del adulto mayor Redes de apoyo | <p>A partir de la escena pida a los participantes que reflexionen y comenten las siguientes preguntas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué Don Ricardo insiste en ayudar a Juan en sus actividades? • ¿Esta actitud se da en la mayoría de los adultos mayores? • ¿Por qué? • ¿La familia, y en especial María, reaccionaron adecuadamente ante las necesidades económicas para el cuidado de Don Ricardo? • ¿Esto debería suceder en la realidad? ¿Por qué? • ¿Qué opciones de apoyo podrían recibir? | Facilitadores y participantes Lluvia de ideas | 15 minutos |
| Cierre de la sesión | <p>Se retoman los comentarios y se cierra la sesión enfatizando sobre cómo la familia y los propios adultos mayores deben concentrarse en los aspectos positivos para salir adelante ante situaciones adversas. Solicitar apoyo es una forma de prevenir el maltrato en el caso de los cuidadores. Compartir los problemas de cuidado puede mejorar la situación de los adultos mayores</p> | Facilitadores Trípticos | 5 minutos |

Guión del video-narrativa 4.

Sesión 4. Apoyo en redes sociales

Personajes:

- María
- Raúl
- Niño
- Don Ricardo
- Lupe

Contexto: Casa de Raúl

María: (Toca la puerta de su hermano, toc...toc...). Buenos días, Raúl.

Raúl: Buenos días, María, ¿qué pasa?

María: Vengo a pedirte apoyo con respecto al cuidado de papá, ayer lo llevé a consulta y pues no está muy bien... El doctor me dijo que tiene que comer cinco veces al día, no puede andar solo, y se le tiene que inyectar su insulina a la hora indicada. Y, pues económicamente no andamos bien (mueve la cabeza y hace gestos de preocupación), son muchos gastos, tengo que comprar jeringas para inyectarle la insulina.

Raúl: Mira, María. No quiero ser grosero, pero la verdad yo no puedo dejar mi trabajo, así que conmigo no cuentas...

María: Pero, Raúl, tu bien sabes que yo no puedo sola, tengo que cuidar a mis hijos e irme a trabajar para sacarlos adelante.

Raúl: No, María, además, ¿yo por qué tengo que cuidarlo? Si cuando nosotros éramos pequeños casi ni nos vio. La que se encargaba de nosotros era mamá.

María: Sí, Raúl, pero comprende... antes eran otros tiempos más difíciles, papá tenía que trabajar casi todo el día, y con lo que ganaba apenas y le alcanzaba el dinero para mantenernos.

Raúl: Pues sí, María... pero la que siempre estuvo al cuidado de nosotros fue nuestra madre. Ella se esforzaba para sacarnos adelante.

María: Sí, Raúl, pero comprende que desde que mama murió, nosotros quedamos a cargo de papá, ahora tenemos que cuidarlo, como él lo hizo cuando nosotros éramos unos niños, además, toma en cuenta que

nosotros también vamos a llegar hacer viejitos, y ¿entonces quién nos cuidará? Si no les enseñamos y les damos ese ejemplo a nuestros hijos, ¿qué será de nosotros?

Raúl: (Se queda pensativo). Pues, sí, tienes razón, tenemos que enseñarles a nuestros hijos a respetarnos siempre. (Raúl llama a su esposa). Lupe mañana no me acompañas a cosechar... mejor te quedas a ayudarle a María con el quehacer de la casa, y le dices a Gustavo que te ayude y le eche un ojito a mi papá mientras tú le ayudas a María. Yo mañana me las arreglo aquí en la cosecha.

Niño: Sí, papá, yo mañana tempranito me voy a casa de mi abuelito a cuidarlo y a que me cuente esas historias tan padres sobre aquellos tiempos en los que él vivió, ay, ¡cómo me hubiese gustado vivir en esa época tan bonita!

En la mañana siguiente Raúl llega temprano a su casa cargando su ayate lleno de zacate.

Don Ricardo: Ay, hijo, ansina no quiero ser una carga para ti ni para tu familia, qué te parece si me arrimas esos costalitos de maíz que tienes en la bodega, y en mis ratitos libres te ayudo a desgranar.

Raúl: Ay papá, usted ya no puede, mejor descanse, yo ahorita me organizo con mis hijos.

Don Ricardo: No hijo, aunque sea deja que te ayude en eso, es algo que todavía puedo hacer, y así sirve que te echo una manita.

Al caer la tarde, Raúl se asoma al cuarto de su papa y se asombra al ver que hay muchas cosas que le estorban y evitan que él tenga un mejor movimiento.

Raúl: Se me hace que hoy no iré a cosechar más, mejor hasta mañana, hoy me pondré a escombrar la casa, está hecha un relajó. A ver, niños, ayúdenme a escombrar el cuarto y el patio.

María: Raúl, ¿no puedes ponerle un pasa manos a papá en el baño, para que se agarre? Ya ves que se le dificulta levantarse.

Raúl: Claro, María... y ¿qué te parece si mejor lo cambiamos de cuarto, pasamos a papá a este que está más cerca del baño, para que así ya no le quede retirado? Además, así estará más cerca de ti por si se le ofrece algo.

María: ¡Oye, hermano! ¿Qué te parece si buscamos un centro de ayuda para que nos apoyen con lo de las jeringas? Porque estas que tenemos solo nos durarán esta semana, y ya ves que están bien caras.

Lupe: A ver, mis trabajadores, ya vénganse a comer... Les preparé una rica sopa.

Niños: ¡Mmm... qué rico! Ya nos estábamos muriendo de hambre y, además, ya nos cansamos.

Lupe: Sí, hijos, todo este esfuerzo es para que su abuelito tenga una mejor comodidad. Pero ándeles, coman..., si no se les va a enfriar su comida, niños, ándele suegro, coma, no quiero que se nos vaya a enfermar, si no luego quién nos va a contar esas aventuras tan locas (Todos se ríen).

Referencias bibliográficas

1. Acuña-Gurrola, M. R. & González-Celis-Rangel, A.L. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2: 59-66.
2. Ausubel, D.P., Novak, J.D. & Hanesian, H. (1983). *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*. Segunda edición. México. Ed. Trillas.
3. Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 37: 122-147. doi:10.1037/0003-066X.37.2.122
4. Bernal, A. O. (1993). Leon Festinger y la psicología social experimental: la teoría de la disonancia cognoscitiva 35 años después. *Psicothema*. 5: 185-199.
5. Blanco, H., Aguirre, J.F., Barón, J.C., Blanco, J.R. (2016). Composición Factorial de la Escala de Autoeficacia Académica en Universitarios Mexicanos. *Formación Universitaria*. 9: 81-88. doi: 10.4067/S0718-50062016000200009
6. Bolaños, M. (1995). *Didáctica General*. México. Editorial Porrúa, S. A.
7. Bonet, J.A. (1997). *Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima*. 15ª. Ed. España: SalTerrae.
8. Buelga, S., Musitu, G. & Jiménez, T (2009). Orientaciones teóricas y secuelas de pensamiento psicosocial en el siglo XX. En: Musitu, G., Buelga, S., Vera, A., Ávila, M.E., y Arango, C. (Compiladores). *Psicología Social Comunitaria*. México. Trillas.
9. Buitrago- Martínez, V. & Padilla-Hernández, M.P. (2008). Factores protectores y de riesgo socio-familiar para la salud mental de la población adulta mayor hospitalizada en la Clínica Nuestra Señora de la Paz durante el segundo semestre de 2007. (Tesis de Licenciatura). Universidad De La Salle. Facultad de Trabajo Social. Línea Familia. Bogotá, D.C.
10. Caro, E. (2003). La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en México. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003. Fecha de consulta: 25 de enero de 2016. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_ecaro.pdf
11. Esteban, J. & Díaz, M. (2007). Violencia hacia los ancianos. En: Trujillo, Z., Becerra, M., Rivas, M. (Editores). *Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica*. México: Editorial Mc Graw Hill.

12. Festinger, L. (1993). La teoría de la disonancia cognoscitiva (extracto por A. Ovejero). *Psicothema*. 5: 201-206.
13. Fiorentino, M.T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*. 15: 95-114.
14. Fishbein, M. Ajzen, I. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*. 84: 888-918.
15. Fritzen, S.J. (1987). La ventana de Johari. Ejercicios de dinámicas de grupo, de relaciones humanas y de sensibilización. España: Editorial Sal Terrae.
16. Grandmontagne, A. G., Fernández, A. R. & Etxaniz, I. E. (2010). Las autopercepciones físicas en la edad adulta y en la vejez. *Psicothema* 22: 460-467.
17. Guzmán, J., Huenchuan, S. & Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio 2003. Fecha de consulta: 25 febrero de 2017. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVMO.pdf
18. Hatton-Yeo A.& Toshio O. (2001). Programas intergeneracionales: política pública e implicaciones de la investigación. The Best Johnson Foundation. Instituto de la UNESCO para la educación.
19. Krassoievitch, M. (1998). Redes sociales y vejez. Documento preparado para el VII Simposium "Macaria: que hablen los ancianos". Universidad de Guadalajara. Citado en: Montes de Oca, V. (2005). Redes comunitarias, género y envejecimiento. Cuadernos de Investigación. UNAM.
20. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2015). Diario Oficial de la Federación.
21. Lichtenberger, A., Conde, K. & Cremonte, M. (2016). Investigación en intervención breve y consumo de alcohol durante la gestación: productividad e impacto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 81: 56-62. doi: 10.4067/S0717-75262016000100010
22. Londoño-Zabala, C.A. (2012). El semáforo de la vida: introspecciones. Colombia: Feriva.
23. López, P. (2010). Maltrato en el adulto mayor. En: Gutiérrez, R., Picardi, M., Aguilar, N., Ávila, F., Menéndez, J., Pérez-Lizaur, A (Editores). *Gerontología y nutrición del adulto mayor*. México: Mc. Graw Hill.
24. Minuchin, S. (1977) *Familias y terapia familiar*. Barcelona, Granica.
25. Musitu, G., Buelga, S., y Jiménez, T. Perspectivas sociocomunitarias (2009). En: Musitu, G., Buelga, S., Vera, A., Ávila, M.E., Arango, C. (Compiladores). *Psicología Social Comunitaria*. México: Trillas.
26. Navarro, A.B., Bueno, B., Buz, J., Mayoral, P. (2006). Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 41: 222-227
27. Newman, S. (1997). History and evolution of intergenerational programs. En S. Newman, R Ward, Th. Smith, J. Wilson y J. Mc Crea (Editores). *Intergenerational Programs. Past, Present and Future*. Washington, DC: Taylor and Francis.
28. Olivari-Medina, C. & Urra-Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*. XIII: 9-15.

29. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002a). Plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Informe sobre su ejecución.
 30. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002b). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato para las personas mayores.
 31. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002c). Envejecimiento activo; un marco político.
 32. Ospina, D.E., Jaramillo, D.E. & Uribe, T.M. (2005). La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. *Investigación y Educación en Enfermería*. 23: 78-89.
 33. Placeres-Hernández, J.F., de León-Rosales, L., Delgado-Hernández, I (2011). La familia y el adulto mayor. *Rev. Med. Electrón.* 33: 472-483. Fecha de consulta: 27 de julio, 2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010&lng=es
 34. Reigal, R.; Videra, A. & Gil, J. (2014). Práctica física, autoeficacia general y satisfacción vital en la adolescencia. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 14: 561-576. Fecha de consulta: 15 de marzo de 2017. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista55/artdiseno480.htm>
 35. Ricoeur, P. (1984). *Time and narrative*. (K. McLaughling & D. Pellauer, traductores) Chicago: University of Chicago Press. Citado en: Gómez, R & Gutiérrez, D. (2011). La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. La narrativa como un medio para comunicarla. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
 36. Rivera-Heredia, M.E. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha Revista de Psicología (Nueva época)*. 9: 1-19.
 37. Ruelas-González, M.G., Pelcastre-Villafuerte, B.E., Reyes-Morales, H., Velasco-Jiménez, M.T., Montes de Oca-Zavala, V., Medina-Zarco, L (2013). Modelo de atención integral en salud para adultos mayores maltratados. Resumen ejecutivo. México, INSP.
 38. Sirlin, M. (2008). Violencia, maltrato y abuso en la vejez: una realidad oculta, una cuestión de derechos. Asesoría general en seguridad social. *Comentarios en seguridad social*. No. 20, Uruguay, julio-septiembre 2008. Fecha de consulta: 27 de enero de 2017. Disponible en: http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/1623/1/violencia_maltrato_y_abuso_en_la_vejez_una_realidad_oculta_una_cuestion_de_derechos._c._sirlin.pdf
 39. Sola, A. (2005). *Aprendizaje basado en problemas. De la teoría a la práctica*. México. Editorial Trillas.
 40. Sánchez de Medina, C.M. *Autoconcepto y autoestima: construyo mi Yo* (2008). *Revista digital Innovación y experiencias educativas*. 12: 1-8. Fecha de consulta: 13 de marzo de 2017. Disponible en: <http://files.geteca.webnode.mx/200000003-c7204c877a/Autoconcepto%20y%20autoestima.pdf>
 41. Szarazgat, D. & Glaz, C. (2006). Resiliencia y aprendizaje en sectores populares. *Revista iberoamericana de educación*. 40: 3.
 42. Zambrano C. & Ceballos C. (2007). Síndrome de sobrecarga del cuidador. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 36(Sup. 1): 26-38.
-

Promoción del bienestar psicosocial para la prevención del maltrato en el adulto mayor

Es grato contar con este libro que recopila evidencia científica y el saber acumulado a través de los años, y refleja el avance de estudiantes de maestría y doctorado en el logro de sus competencias investigativas. Los temas que incluye son urgentes y se dirigen a los cuidadores de adultos mayores y a la sociedad en general en todos los contextos, ya que propician la reflexión y proponen alternativas para el cuidado de quienes enfrentan la vejez, favoreciendo así una aproximación holística.



ISBN: 978-958-13-0176-8



9 789581 301768