



Universidad de Sonora

Posgrado Integral en Ciencias Sociales

Maestría en Ciencias Sociales

Realidades y percepciones de riesgo de maltrato del adulto mayor durante contingencia COVID-19

Lillian Victoria Castro Núñez

Directora

Dra. Blanca Aurelia Valenzuela

Co Directora

Dra. Manuela Guillén Lúgigo

Lectores

Dra. Danetzy Abdala Duarte

Dra. Patricia Rodríguez Llanes

Dra. Reyna de los Ángeles Campa Álvarez

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Dedicado a las nuevas oportunidades, a mi familia a Frank y Dani.

Agradecimientos

Agradezco al organismo de Conacyt por impulsar e invertir en la investigación y educación. Al Posgrado Integral en Ciencias Sociales por permitir la entrada de una nueva perspectiva en búsqueda de un bien común. Mi directora, codirectora y lectores que mostraron una guía y apoyo inigualable. A los adultos mayores que aceptaron, describieron y visualizaron sus puntos frágiles en su tercer acto de la vida.

Índice

Resumen	9
Capítulo I Introducción	
1.1 Antecedentes	11
1.2 Planteamiento del problema	16
1.3 Objetivo	18
1.4 Justificación	19
1.5 Delimitaciones del estudio	21
1.6 Limitaciones del estudio	21
1.7 Viabilidad	22
1.8 Asociación del proyecto con la línea de investigación problemas sociales emergentes en cultura y etnodesarrollo.	22
Capitulo II Marco teórico	
2.1 Marco conceptual	
2.1.1 Envejecimiento y Vejez	24
2.1.2 Riesgo de maltrato al adulto mayor	30
2.1.3 Percepción	33
2.1.4 Realidad	35

2.1.5 Contraste percepción y realidad del maltrato en el contexto contingencia sanitaria por COVID-19	37
2.5 Marco empírico e interdisciplinariedad	42
2.6 Modelo de la investigación y justificación	44
Capítulo III Metodología	
3.1 Diseño	47
3.2 Piloto	48
3.3 Participantes	49
3.4 Instrumentos	50
3.5 Procedimiento	52
Capítulo IV Resultados y discusión	
4.1 Datos sociodemográficos	55
4.2 Encuesta	
4.2.1 Adulto Mayor	63
4.2.2 Cuidador	69
4.2.3 Ambiente	75
4.3 Entrevista	79
4.4 Contraste y discusión	81
4.5 Esquemas comparativos percepción y realidad en un mismo participante	90

Capítulo V Conclusiones	93
Capítulo VI Bibliografía	96
Capítulo VII Anexos	100

Índice. Tablas y Figuras

Figura 1 Percepción de riesgo de maltrato en el envejecimiento en contraste con el factor real	39
Figura 2. Conflictos disciplinarios	44
Figura 3 Uniones disciplinarias	45
Figura 4 Ejemplo de integración de conceptos.	46
Figura 5 Diseño metodológico	47
Figura 6. Aspectos positivos y negativos de un cuidador del adulto mayor que es familiar del mismo	74
Figura 7. Esquema comparativo participante masculino percepción de riesgo alta y riesgo real bajo de maltrato.	90
Figura 8 Esquema comparativo participante femenina percepción de riesgo bajo y riesgo real moderado de maltrato	91

Tablas

Tabla 1 Vaciamiento de resultados de codificación de entrevista en cada categoría por género y edad de cada participante.	55
Tabla 2 Datos sociodemográficos participantes género masculino	56

Tabla 3 Datos sociodemográficos participantes género femenino	57
Tabla 4. Encuesta Resultados en Hombre y Mujer por Edad apartado adulto mayor	64
Tabla. 5. Encuesta Resultados en Hombre y Mujer por Edad apartado cuidador	70
Tabla 6 Encuesta Resultados en Hombre y Mujer por Edad apartado ambiente	76
Tabla 7. Participantes por género y edad con su resultado de codificación en percepción de riesgo de maltrato.	80
Tabla 8 Contraste Participantes datos demográficos contra riesgo real y percepción de riesgo obtenida.	82
 Gráficos	
Gráfico 1. Participantes con resultante de riesgo ALTO en la sección de factores propios del adulto mayor en comparación con su escolaridad.	58
Gráfico 2. Participantes con resultante de riesgo ALTO en la sección de factores propios del cuidador en comparación con su tipo de cuidador.	59
Gráfico 3. Participantes con riesgo real alto y su tipo de ingreso	67
Gráfico 4. Participantes con riesgo real alto y su tipo de cuidador.	73
Gráfico 5. Participantes con riesgo real alto y su estado civil.	77
Gráfica 6. Resultado de las percepciones de riesgo en los participantes por género.	81
Gráfica 7. Elaboración propia. Riesgo Real Alto y Percepciones.	83
Gráfica 8. Riesgo Real Moderado y percepciones.	84

Gráfica 9. Riesgo Real Bajo y percepciones. 86

Gráfica 10. Riesgo Real Nulo y percepciones. 88

Imágenes:

Imagen1. Formato Google forms apartado adulto mayor. 66

Imagen2. Formato Google forms encuesta apartado Cuidador 75

Imagen 3. Formato Google forms apartado ambiente 87

Resumen

El envejecimiento poblacional nos ha obligado a voltear la mirada hacia los fenómenos crecientes y emergentes en la vida del adulto mayor, donde se encuentra una realidad de vulnerabilidad y desventaja; la visibilización de estos fenómenos tales como el maltrato físico, psicológico, sexual, financiero y auto negligente en el adulto mayor debe partir de una perspectiva integral respondiendo al problema complejo. El objetivo de la investigación es contrastar la percepción de riesgo de maltrato del adulto mayor con los factores de riesgo reconocidos socialmente para identificar la correspondencia entre lo objetivo y lo subjetivo en adultos mayores residentes de la ciudad de Hermosillo, Sonora. La institución prestadora de servicios gerontológicos AIPH Care en la ciudad de Hermosillo Sonora facilitó la participación de 30 individuos, pacientes de sus servicios adultos mayores de 60 años, con cuidador en casa, sin discapacidad auditiva o verbal, sin deterioro cognitivo moderado ni grave (evaluado por Mini Mental de Folstein), residentes de la ciudad de Hermosillo Sonora desde el inicio de la contingencia sanitaria por COVID-19. Con un diseño mixto, interdisciplinar; integrándose la psicología, sociología y gerontología con herramientas de integración en base a la Teoría de integración de conceptos de Lakoff (Repko, 2007) y la creación de terreno en común donde se analizaron conflictos entre disciplinas, enriqueciéndose e integrándose el estado de la cuestión a partir de afirmaciones, perspectivas y teorías disciplinarias se hizo posible una integración que resultó en demanda del método mixto, en uso de la entrevista semiestructurada, con análisis en base a técnica inductiva de la teoría fundamentada sobre la perspectiva de riesgo del adulto mayor a ser maltratado y una encuesta de variable dicotómica para análisis de la

situación de riesgo en base a factores de riesgo reales presentados en el individuo, su cuidador y el ambiente. Los resultados nos demuestran que no existe una tendencia establecida en los individuos estudiados, nos asegura de la heterogeneidad del grupo de adultos mayores, de su realidad y su percepción. visibilizar el maltrato del adulto mayor y nos solamente los riesgos que pueden llevar a él. Visibilizar y romper con aquellas conductas edadistas que conllevan a la auto negligencia, al maltrato y a la discriminación. La propuesta que posibilite una intervención interdisciplinaria debe completarse con la complementación de dos disciplinas más, la educación y las políticas públicas donde cada una de ellas haga posible el cambio en el individuo, en el cuidador y en el contexto de la contingencia o la llamada nueva realidad que estamos enfrentando, en lugar de atacar a los factores de riesgo más comunes, concluimos que sería de mayor ventaja un programa dirigido a fortalecer la independencia, integridad, seguridad y resiliencia en el adulto mayor.

Capítulo I. Introducción

1.1 Antecedentes

El envejecimiento, ha tenido en tiempo y espacio, diversos grados de relevancia, distintos grados de respeto e irrespeto, de solemne reverencia y diversidad de actos discriminatorios y estigmatizantes; el tema, por sí solo, representa culturas, hábitos y costumbres, que dan la pauta para que el adulto mayor pueda disfrutar de una vida digna o no. Los niveles de la calidad de vida del adulto mayor, si bien posee aristas naturales, también existen las que emergen de la acción del hombre que alcanzan a influir desde su entorno inmediato y doméstico hasta el diseño de políticas públicas que permean sus garantías , tanto en el sector salud, educativo y cultural, lo que ha obligado a volver la mirada a los fenómenos asociados al adulto mayor como aquellos que violentan sus derechos humanos más elementales como la violencia en distintas expresiones y manifestaciones, hechos asociados a la marginación y actos de discriminación; se hace evidente mas no siempre visible la estigmatización en un mundo frío, mercantilista, sin empatía ni solidaridad ante un ser humano que ve, naturalmente, modificadas sus capacidades físicas y mentales en un momento dado, pero no por ello se debe considerar como un activo perdido e improductivo en la actual sociedad. En una realidad de desventajas crece la vulnerabilidad, en una realidad de superficialidad el adulto mayor se ve en un escenario de maltrato físico, psicológico, sexual, financiero y auto negligente; la atención a lo anteriormente expresado debe partir de una perspectiva integral que, de manera preventiva y reactiva, aporte lo conducente a este problema complejo. La pirámide poblacional se encuentra en una dinámica continua y progresiva misma que, al invertirse, se construyen escenarios

donde el sector del adulto mayor es mayoritario, sin embargo, simultáneamente también, se van creando o fortaleciendo fenómenos multifactoriales y multifacéticos donde el maltrato está a presente; ya sea a nivel micro o macro social, los satisfactores ante estas necesidades de atención y equidad deben caracterizarse por su inclusión, su humanismo y respeto, lo anterior con el correspondiente amparo jurídico que sea el garante, dentro de lo posible, de una vida digna. A través de los tiempos, se han gestado situaciones, ya sea de forma involuntaria o premeditada, que han creado grupos vulnerables, cercándolos con frecuencia, con percepciones propias y ajenas sobre su lugar en la sociedad. Se identifica con esto, Una vulnerabilidad creada y alimentada en cada paso que da el adulto mayor. Las Naciones Unidas reportan que, este sector de la población se traducirá en una de las importante metamorfosis social, económicas y política del siglo, lo que amerita una ampliación del espectro de investigación y diseño de estrategias para salvaguardar el nivel de vida satisfactorio del adulto mayor; el informe “Perspectivas de la población mundial 2019” se vaticina que en el 2050 cada casa en el mundo tendrá un adulto mayor de 65 años; otra cifra por demás significativa corresponde a la proyección de que el número de individuos con 80 años de edad, se triplicará, es decir, si en 1919 existían 143 millones, en el 2050 serán 426 millones. (Cabello2020); así mismo se pronostica que en el mismo año la población de la misma edad se incrementará a 395 millones de personas y, con respecto al número de individuos de 100 años y más en el 2050 se incrementará de 87 a 395 millones. Las anteriores proyecciones, son suficientes para vislumbrar ya en el presente y futuro a corto, mediano plazo, alcances negativos de diversa índole que perturban el proyecto de vida del colectivo vulnerable de los adultos mayores, es decir, lo anterior conlleva implicaciones de orden sanitario, económico y político,

dimensiones de interés para efectos de la investigación propuesta. El sólo hecho de identificarse un incremento inusual en la historia contemporánea de la humanidad, demanda atención inmediata y focalizada que merme los factores asociados a las circunstancias que fortalecen y elevan los grados de vulnerabilidad de los adultos mayores, fenómenos que han tomado fuerza a pesar del desarrollo de las ciencias fácticas como medicina, sociología y otras, mismas que deben aportar luz en pro de una vida de inclusión y respeto. Cabe hacer mención que la coincidencia de factores como el incremento de esperanza de vida y la baja de la tasa de fecundidad ha tenido como resultado precisamente este incremento poblacional de personas mayores, quienes hacen imperioso un cambio en las consideraciones sobre su valía como seres humanos y ciudadanos en un planeta que necesita de todos para superar retos de diversa índole como el que ocasionado por COVID19; a partir de esto las concepciones sobre connotación de vulnerabilidad y grupos prescindibles se recrudecieron. Desafortunadamente, estas concepciones se ven respaldadas por la oficialidad de los sistemas involucrados en el esquema de bienestar, ya sean individuos o sistemas completos; la familia y algunos actores pueden identificarse como voluntarios o involuntarios en todo este escenario, donde no hay excepciones, objeciones ni protestas; no se trata de minimizar la gravedad clínica y evidente del virus en un paciente anciano, sin embargo, es necesario evidenciar cómo el colapso del sistema sanitario concluye en una deficiente asistencia deliberada y asistida que se traduce en un otorgamiento de un valor mínimo al adulto mayor sobre el resto de la población. Las estrategias actuales, si bien buscan la continuación de la vida, no buscan hacerla de manera homogénea sino por pronóstico estadístico, es decir, aquel que tenga mejor pronóstico clínico tendrá los primeros insumos y atención disponibles. El

maltrato al adulto mayor es un problema serio de índole internacional cuyo abordaje se ve, generalmente desde la perspectiva de la salud pública, perspectiva aplicada como premisa para llevar a cabo cincuenta y dos investigaciones cuyos hallazgos pertenecientes a 28 países arrojaron que el 15.7% de las personas de 60 años experimentaron alguna forma de maltrato. (Yon,2017). El coronavirus y las situaciones que emergieron de los sistemas de salud, de los temores, percepciones, recursos, construyeron un escenario de retroceso en lo que al respeto al adulto mayor se refiere, dado que, se reforzaron las oportunidades de aislarlo, de discriminarlo, de colocarlo al final de las prioridades dentro de un sistema de salud. La prevalencia del maltrato a los adultos mayores personas de edad, tanto institucionalizados o en comunidad, pudo haber aumentado, durante la pandemia 2019 en un 84%, además se prevé que los casos de maltrato se sigan incrementando. Cabe hacer notar los grados de confiabilidad en estas cifras, dada la escasa cultura de la denuncia. Por una parte, es notorio que, a nivel internacional, el fenómeno del maltrato al adulto mayor no se ha alcanzado los niveles de prioridad suficientes para despertar el interés genuino del sector gubernamental, interés que propicia su inclusión real del tema en las políticas públicas; ninguna de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados recientemente por la ONU aborda explícitamente la violencia contra las personas mayores lo cual cobrará una trascendencia conforme pasa el tiempo dada la proyección para el 2050 de 53.330 millones de adultos mayores. Dong,2015 hace hincapié en la falta de inversión en la atención a situaciones de maltrato al adulto mayor a nivel global. En México el tema del maltrato al adulto mayor aún carece de las luces suficientes para analizar cualitativa y cuantitativamente sus grados de gravedad, así como la elaboración de proyecciones cuya confiabilidad alcance el rigor científico. Es decir, la falta de cultura de la

denuncia y los ámbitos privados en los que aparece el maltrato al adulto mayor, conforman un binomio que dificulta la existencia de datos duros que, posibilitan, a ciencia cierta, las estadísticas relacionadas con el tema. Sin embargo, existen hallazgos de investigaciones sobre violencia familiar cuyas víctimas son personas adultas mayores. Como caso relevante se reporta que, en el área rural del estado de Chiapas, un 8.1% de los adultos mayores ha sido víctima de la violencia intrafamiliar en el último año. (Gómez 2007). En el ámbito urbano Giraldo (2010) reportó una prevalencia en la CD. De México del 16.2%. En un acercamiento a la vejez y a la cuestión de género como tema transversal, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares del 2011, declara que el 17.8 de mujeres de 60 años en adelante experimentó la violencia intrafamiliar a lo largo de un año. Otros datos duros por demás significativos y reveladores sobre la vulnerabilidad de este grupo se refieren a la frecuencia en que estos atraviesan por situaciones graves como homicidios, suicidios, accidentes, los datos que Giraldo indican que 256 adultos mayores de 75 años en adelante sufren accidentes, mientras que adultos de 60 a 74 años sólo 89 por cada 100 mil habitantes sufren accidentes. Si bien, se ha mencionado la cuestión de género como tema transversal, no se puede negar que, la literatura sobre el maltrato al adulto mayor ha dejado al descubierto otras variables como apoyo social, etnicidad, empleo, estatus, calidad de vida, salud, la inteligencia emocional, bienestar psicológico, responsabilidad, el cuidador, raza, procesamiento cognitivo, relaciones emocionales, el medio sanitario, cultura, lo urbano, lo rural. Por ejemplo, se puede encontrar, en el documento elaborado por Gallardo, 2012, una investigación cualitativa que aborda la relevancia de la red de apoyo social para adultos mayores. Coincide con la investigación propuesta en el presente documento, en el sentido de que la muestra

fue seleccionada por médicos geriatras o trabajan con adultos mayores. Lo anteriormente expresado ha multiplicado y diversificado el tema del maltrato al adulto mayor, gracias a lo cual, el espectro se ha ampliado y ha intensificado el interés por ahondar en las vicisitudes de un individuo y de un colectivo cuyas vivencias incluyen debilidades en diversos planos que, de manera directa o indirecta, se asocian con el perfil profesional de la autora de este documento motivando la decisión de aportar esfuerzos personales y profesionales en la búsqueda del incremento de los niveles de calidad de vida del colectivo específico. (Gallardo-Peralta, 2013)

1.2 Planteamiento del Problema

Con anterioridad, la invisibilidad era una característica inequívoca en las situaciones de maltrato hacia el adulto mayor, su reconocimiento y registro eran casi nulos, aún a pesar de presentarse de manera grave y mortal en contra de un grupo con alta vulnerabilidad como lo son los adultos mayores. Los organismos como la Organización Mundial de la Salud, INPEA Red Internacional de Prevención del abuso y maltrato en la vejez, si bien, han posibilitado el conocimiento y el análisis de casos asociados de maltrato al adulto mayor, se ha revelado también, tanto en la percepción mundial, como en la autopercepción de riesgo de maltrato al adulto mayor, una negación significativa a la existencia del maltrato al adulto mayor en todas sus formas, así como a su severidad. El envejecimiento poblacional demanda atención a este grupo que ya experimenta un aumento demográfico sin precedente y, para cada uno de sus integrantes, demanda el reconocimiento como un ser sano, íntegro y activo, todo esto en pos de un bienestar social y económico. Es menester visibilizar ampliamente el maltrato al adulto mayor como un problema complejo, evolutivo y creciente ante el

envejecimiento demográfico no recae solamente en el desarrollo humano sino también en los constantes cambios en el contexto donde el adulto mayor se desenvuelve. Uno de los cambios más relevantes en magnitud, incertidumbre y multidimensionalidad que hay que enfrentar ha sido la contingencia Sanitaria por COVID-19. (Naciones Unidas, 2020) El COVID-19 ha puesto de relieve a las personas mayores, incluidos informes afligidos de casos de abuso y abandono de personas mayores en instituciones de atención a largo plazo. No solo las personas mayores corren un alto riesgo de enfermedad grave y mortalidad, sino que también son estigmatizadas a través de un lenguaje abusivo tanto en las redes sociales como en las convencionales. A pesar de la falta de datos confiables sobre la escala real del abuso de personas mayores en la comunidad donde vive la mayoría de las personas mayores, los informes emergentes revelan el alto impacto de la pandemia de COVID-19 tanto en el aumento de los casos de abuso como en los servicios y medidas de protección. El secretario general de la ONU en su Policy Brief: The Impact of Covid-19 on Older Persons, 2020 advirtió que las medidas para restringir el movimiento pueden desencadenar una mayor incidencia de violencia contra las personas mayores y todo tipo de abuso: físico, emocional, financiero y sexual, así como negligencia. También afirmó que la falta de legislación adecuada a nivel nacional para proteger los derechos de las personas mayores y la ausencia de un marco legal acordado internacionalmente dedicado, contribuyen a la vulnerabilidad de las personas mayores y pueden haber contribuido a las respuestas inadecuadas al COVID-19. crisis y que estos vacíos deben ser llenados. (Günlük-Şenesen, 2021). Desde el inicio de la contingencia sanitaria por COVID-19 se han implementado nuevas políticas y medidas con el objetivo de proteger a la población general de esta enfermedad. En primera línea de defensa encontramos esfuerzos para

limitar el contacto interpersonal para evitar la propagación del virus. Medidas como el distanciamiento social, el cierre de escuelas y negocios de índole no esencial han llevado a cambios y bajas de tipo social, personal y económicas importantes.

(Makaroun, 2020) Si bien se ha publicado amplia y claramente que los adultos mayores tienen mayor riesgo de presentar la más grave forma de COVID-19 y muerte por el mismo también pueden estar en alto riesgo de consecuencias negativas de las medidas que se están promulgando para protegerlos de la infección viral. El estado del arte en la percepción y realidad de riesgo de maltrato en el adulto mayor se identifica con insuficiencia teórica mostrándose en su mayoría con enfoque mono disciplinar, sin alcanzar por completo al abordaje complejo de sus dimensiones y facetas dentro del contexto de riesgo como realidad y percepción del maltrato hacia el adulto mayor. Aun cuando existe literatura que se asoma a la multidisciplinariedad se propone una profundización en las posibilidades que brinda interdisciplinariedad a través de su visión teórica y metodológica, con el fin de integrar un estudio exhaustivo, que permita la identificación de cada elemento con una nueva perspectiva.

1.3 Objetivos

Objetivo General

Contrastar la percepción de riesgo de maltrato del adulto mayor con los factores de riesgo de maltrato al adulto mayor reconocidos para identificar la correspondencia entre lo objetivo y lo subjetivo en adultos mayores durante la contingencia por COVID-19 residentes de la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Objetivos específicos

Analizar los elementos constitutivos de los conceptos de realidad y percepción del adulto mayor para precisar las diferencias entre estos.

Detectar la correspondencia entre la percepción y la realidad de riesgo de maltrato del adulto mayor en adultos mayores residentes de la ciudad de Hermosillo Sonora.

Diseñar una propuesta que posibilite una intervención interdisciplinaria encaminada a la disminución de los factores de riesgo reales dirigida a los adultos mayores sonorenses.

1.4 Justificación

En la actualidad, la contingencia sanitaria por COVID-19 ha redefinido las demandas sociales e institucionales afectándose de manera directa la población vulnerable de adultos mayores. Aun cuando la situación de la actual contingencia no tiene precedente, las medidas implementadas no han demostrado un ciclo de creación, desarrollo, investigación y evaluación efectivas, en especial en lo que se refiere al grupo de población aislado de adultos mayores. En México no basta un apoyo económico, un derecho constitucional a gozar de un servicio médico digno, se requiere un abordaje interdisciplinario que, de luz sobre toda una concepción humanista, con apego a rigor científico que posibilite el amparo a grupos vulnerables. En la ciudad de Hermosillo, Sonora se implementaron las medidas de aislamiento, restricción de horarios o restricción completa de atención a mercados de necesidad básica, triage severo en atención a situaciones médicas no relacionadas con COVID donde situaron al adulto mayor con una limitación inflexible en un escenario desfavorable; Limitando el cumplimiento de requerimientos básicos como alimentación, atención médica,

obtención de artículos de necesidad básica, suspensión indefinida de contacto social y familiar. Los adultos mayores hermosillenses fueron entonces aislados, advertidos y restringidos a toda actividad fuera de su hogar. Su realidad de riesgo de maltrato en este escenario cambió, así como su autopercepción de riesgo gracias al bombardeo constante de medios accesibles de comunicación, familiares, conocidos u oficiales. El presente estudio busca evidenciar las características de los elementos participantes en la percepción y realidad de estos adultos mayores, con el fin de responder a aquellos factores que representen mayor importancia y riesgo. La investigación propuesta se ampara en la intención de visibilizar el contraste y la asincronía de la percepción de riesgo y los factores de riesgo que presentan los adultos mayores en tiempos de COVID-19 a partir de riesgos del adulto mayor, del cuidador y su entorno social. Ante la necesidad de obtener información objetiva y subjetiva de adultos mayores en nuestra localidad se pretende obtener el sustento suficiente para ejemplificar el impacto social que esta problemática representa, con la convicción de que este trabajo de investigación resultará en datos cuya implicación en el futuro sea el diseño de medidas de modelos socio-médicos preventivos del maltrato al adulto mayor en base a la interdisciplinariedad, con el objetivo de resolver un problema concreto. El método mixto, con investigación descriptiva permite la estructuración del contraste entre lo objetivo y subjetivo, lo cualitativo por medio de una encuesta dicotómica para valorar factores de riesgo de maltrato del adulto mayor, junto con una entrevista semiestructurada con base a la teoría fundamentada cuyos hallazgos que posibiliten la categorización de la perspectiva de riesgo del adulto mayor en el mismo sujeto de estudio.

1.5 Delimitaciones del estudio

La institución prestadora de servicios gerontológicos AIPH Care en la ciudad de Hermosillo

Sonora facilitó la participación de sus pacientes: 30 individuos, adultos mayores de 60 años, con cuidador en casa, sin discapacidad auditiva o verbal, sin deterioro cognitivo moderado ni grave evaluado por Mini Mental de Folstein Anexo 1.

1.6 Limitaciones del estudio

La limitación teórica que se reporta consiste en que las teorías encontradas en la literatura son principalmente mono disciplinares, es decir, desde la psicología, la sociología o la gerontología acotando la visión integral indispensable para en análisis de un fenómeno de esta naturaleza y magnitud. En cuanto a la limitante metodológica se identificó la imposibilidad de contar con una muestra mayor, dado que, las circunstancias de la contingencia sanitaria obligaron a seleccionar una muestra de 30 personas que si bien, del punto de vista cualitativo hace valido el estudio, desde la perspectiva cuantitativa puede ser insuficiente. Con referencia al grado de veracidad de los hallazgos obtenidos de la encuesta dicotómica, cabe hacer notar que no se tuvo la posibilidad de comprobar la veracidad de la información obtenida dadas las circunstancias que emergieron de la contingencia sanitaria. El contexto COVID-19 significo para este estudio un importante obstáculo circunstancial que dio pauta para un trabajo con altas limitaciones en tiempo y espacios seguros con medidas sanitarias completas, dado que se procuró salvaguardar no solo la salud de la investigadora, sino de los sujetos entrevistados.

1.7 Viabilidad

Acceso al campo de estudio: Se consigue acceso al campo de estudio ya que la institución privada prestadora de servicios gerontológicos AIPH Care cuenta con un grupo suficiente de pacientes dentro de la práctica privada con la disposición y compromiso a participar. El factor humano: Investigador: cuenta con herramientas intelectuales como médico general, y en formación como gerontóloga social. También con el tiempo necesario que requiere el proceso investigativo. A nivel particular cada individuo será visitado en su domicilio para facilitar el proceso de entrevista y encuesta dando por inicio la aclaración de los objetivos y procedimientos que componen la investigación. Recursos financieros: Se cuenta con recursos económicos como parte del programa de becas CONACYT para asegurar el compromiso único laboral de la investigadora hacia el proyecto, así como gastos como copias, línea telefónica y acceso a servicio de internet ilimitado, equipo y recurso para transportación. Recursos materiales: Equipo de cómputo con el software y hardware necesario para la redacción y captura de datos, así como compra de material académico, artículos y/o textos.

1.8 Asociación del proyecto con la línea de investigación problemas sociales emergentes en cultura y etnodesarrollo.

En el contexto de la contingencia sanitaria actual, sin precedente no previsible, se requiere la investigación urgente de este fenómeno social como lo es la invisibilidad de la violación de los derechos humanos del adulto mayor en tiempos de COVID-19. Presentándose acciones de marginación y discriminación hacia el grupo vulnerable de población del adulto mayor. El hecho de tener una pobre respuesta para la situación de riesgo y los casos ocultos de maltrato hacia el adulto mayor se traduce en un conflicto

entre grupos etarios donde se le confiere el último lugar de atención y relevancia para la atención e insumos al adulto mayor en tiempos de COVID-19. Nuestro escenario actual nos exige una respuesta para la problemática oculta, aquello que no es urgencia médica, se requiere de una imagen tanto en la percepción de este grupo vulnerable en contraste a lo ya conocido y agravado por la contingencia sanitaria y sus medidas, con el fin de conocer de manera óptima y específica los puntos débiles de la acción preventiva.

Capítulo II Marco teórico

2.1 Marco conceptual

2.1.1 Envejecimiento y Vejez

El envejecimiento y la vejez surgen como categorías problemáticas, estos conceptos generan debate hasta llegar al punto de la controversia social, cabe preguntarse ¿cómo influye su significado en lo que se considera envejecer y ser persona vieja? Los cambios que vivimos en la demografía apuntando a una inversión de la pirámide poblacional y las transformaciones cada vez más rápidas de lo considerado como la vejez, ¿Suceden en todas las esferas del mundo en que vivimos? ¿Qué niveles trastoca el envejecimiento en nuestro individuo, su familia y la comunidad? El envejecimiento demográfico se identifica como el incremento de número de adultos mayores en un sector de la población; crecimiento constituido por alta fecundidad, alta mortalidad infantil, seguido de aumento de tasas de nacimientos y baja progresiva de fallecimientos, continuado por una disminución de fecundidad, bajas en tasas de natalidad, concluido con un considerable aumento en la esperanza de vida (Montoya, 2006). Uno de los miembros de la familia que hoy en día es estudiado bajo diversas perspectivas y disciplinas; el adulto mayor es precisamente quien ha adoptado conscientemente o no diversos roles dentro de la familia actual. Se pueden apreciar papeles que van desde víctima, reemplazo, cuidador, responsable entre otros, lo cual conlleva una serie de implicaciones emocionales, físicas, económicas y sociales que transforman la vida de la familia y la sociedad. Escardo, 1964 emite una concepción tradicionalista de la familia que se desprende de la coalición de índole biológica de dos personas de distinto sexo, y que cumple su objetivo con su descendencia. Así mismo, le confiere a esta

unidad el carácter de grupo primario en el que cada miembro tiene sus roles determinados socialmente. La familia, como núcleo de la sociedad es receptora y expulsora de patrones, estilos y costumbres que dan forma tanto a la familia misma como a su entorno social; de lo que resulta que cada sociedad tiene su tipo de familia de acuerdo con sus patrones e intereses culturales” en la actualidad la unidad familia no responde a esta definición, una familia ya no tiene que nacer de una unión, ni se encuentra obligada a tener hijos. Las funciones y roles tan claramente definidas en el tiempo de Escardo, son altamente variables y cambiantes en la actualidad.

Encontramos a las familias como acuerdos unidos por una relación biológica o no, consumada o no, con o sin hijos, puede ser intergeneracional, así como, monoparental, y cada rol presentarse como acuerdos internos no fijos que se modifican y responden a las necesidades emocionales y económicas de cada familia. Benites (1997) confiere a la familia una gran relevancia con respecto a la estructura social, misma que a pesar del transcurrir del tiempo no ha habido ninguna organización capaz de suplir en lo referente a sus funciones y roles contenidos en la misma; así mismo, la describe como la primera oportunidad para el ser humano de socializar y desarrollarse como ente bio psico social. Aunque la familia si es una unidad de estructura básica en la sociedad no es posible afirmar que todas las familias cumplan con esta misión, así mismo, cabe hacer notal, que las concepciones de las familias si han cambiado a lo largo de la historia, sin que esto se traduzca en el incumplimiento de sus funciones básicas. De acuerdo con Levi-Strauss 1981 la familia es un escenario a partir del cual se trasmiten símbolos, tradiciones, valores y formas de comportamiento independientemente de que existan lazos parentesco consanguíneos o no. La familia es el espacio donde el individuo construye recursos internos que le permitirán enfrentar retos y desafíos de su

entorno. En las anteriores explicaciones se establece la importancia de la crianza, del desarrollo de los nuevos individuos, sin embargo, no se aborda o se especifica el rol o el papel aquellos que nacieron, crecieron y se mantienen dentro de esta familia, es decir, los adultos mayores. Para el bienestar físico y emocional del adulto mayor se requiere contar con un sentido de pertenencia y utilidad el cual se alimenta principalmente de las redes de apoyo con las que cuenta y abonan a su integración social, así pues, la familia representa una parte importante de la prevención de la soledad y prevención de comportamientos nocivos, así como la estructuración y sentido de los roles que generan la integración del adulto mayor. Sin la familia la abuela o abuelo se presentan con un declive de su productividad, su autoestima y su salud. El esquema demográfico, actualmente se está invirtiendo, es decir, el adulto mayor va a representar un sector mayoritario en unos años, impactándose la estructura familiar con un mayor número de abuelos que nietos. Estos abuelos, a su vez, presentan nuevas características: se presentan cada vez más jóvenes, con su propia vida e intereses, un grupo tan heterogéneo como el resto de las generaciones. Los retos que se presentan a partir de los cambios en el adulto mayor como parte de la familia revolucionan las condiciones en el individuo, familia y sociedad. El estudio de familia enfocada al adulto mayor es un campo nuevo, un rol continuamente evolutivo y único. Previo a convertirse en adulto mayor un individuo es parte de una familia nuclear, donde su personalidad y rol está determinado por cada unidad familiar. En el modelo del ciclo vital familiar Quel, 2007 analiza lo propuesto por Duvall en su trabajo La espiral del ciclo familiar donde se reconocen 8 fases: prematrimonial, matrimonial, familia con lactantes, familia con hijos en preescolar, hijos escolares, adolescentes, adultos jóvenes, adultos independientes y familia en retiro y/o muerte; este esquema

deja muchos espacios vacíos con referencia al adulto mayor, específicamente en la dinámica de vida del adulto mayor, parece ser que el adulto mayor en retiro es igual a estar muerto. La crítica relevante en esta clasificación por Duvall resalta la importancia de esta última etapa de la vida del individuo. Las etapas de desarrollo del individuo: Infancia, la adolescencia, adultez en todo su apogeo al sumarse, no alcanzan la cantidad de años que gracias al aumento de la esperanza de vida se puede llegar a tener en la etapa de adulto mayor. Esta etapa más larga de la vida y no tiene por qué ser comparada con una etapa en desesperanza, de muerte. Aun cuando que según la mayoría de los modelos en ella se disminuyen las clasificaciones y se toma como una etapa terminal, sin esperanza, sin pendientes, sin rol o productividad. Desde el nido vacío hasta la jubilación encontramos las familias ancianas como un mismo momento entre la improductividad y la muerte. Dentro del estudio del adulto mayor podemos reconocer que, aun cuando la jubilación y la viudez representan síndromes gerontológicos muy relevantes con afecciones específicas y consecuencias fisiológicas y emocionales; con toda certeza, se puede afirmar que estas no deben simbolizar el final. Dentro de los postulados de la teoría de desarrollo familiar se encuentran argumentos que, aun cuando avalan el pensamiento que origina el presente estudio acerca del adulto mayor, no se aplican comúnmente en él. Uno de ellos hace referencia a un inicio y a un final en el ciclo vital familiar, entre este lapso es clara la reflexión sobre fases, roles y funciones específicas de cada miembro de la familia, mismas que necesitan aplicarse de manera adecuada para pasar con éxito a la siguiente; el paso de una etapa a otra genera estrés y éste puede traducirse en problemas clínicos y en cada etapa se da un proceso de transmisión de procesos biológicos, culturales, sociales o ambos. La familia cambia con el tiempo y a su vez responde, se adapta a las

necesidades sociales, económicas y emotivas del hogar. El adulto mayor puede tomar un rol distinto al que le corresponde como abuelo, como retirado, como un ser humano involucrado en un nido vacío; así mismo puede llegar a tomar el rol de figura parental, cuidador, así como de individuo dependiente del cuidado de otros, en ambos casos se identifican variantes positivas y negativas. Llámese etapa final, familia anciana o fase de retiro y muerte, los eventos críticos, circunstancias y experiencias que generan estrés y crisis, son en su mayoría, normativos, es decir, esperados en la jubilación, la viudez, el retiro; incluso la enfermedad, la fragilidad y la dependencia se deben manejar de manera integral, preventiva, activa y resolutiva. Un punto importante por considerar en el grupo etario y en la etapa de desarrollo familiar final en cualquiera de sus autores es la ascendente heterogeneidad de las características del grupo, traduciéndolos en que tanto sus rasgos personales, capacidades, disfunciones, problemática y estado de bienestar serán completamente distintos para estudiar e intervenir. Dentro del estudio de Familia, encontramos la teoría del apego, al respecto, Quél describe el apego como un articulador de las relaciones personales implicando afectos de larga duración. La teoría de Bowlby, 1998 analizada por Martínez,2005 en Evaluación del apego en el adulto aborda la información del vínculo de apego y de esta manera, cómo se afecta la vida del adulto mayor, así como sus relaciones e interacciones con sus respectivas implicaciones asociadas a pérdidas. Dentro de su misma teoría se precisan varios tipos de apego: el apego seguro de donde emergen sentimientos de satisfacción, amistad; el apego evitativo de donde surgen relaciones frías con temor a la intimidad; el apego ansioso donde el adulto se caracteriza por su falta de confianza en las personas que le rodean, así como baja autoestima, celos, obsesión. Esto es relevante para los estudios sobre el adulto mayor, dado que ampara

el hecho de que el apego seguro, desde las primeras fases del ciclo vital familiar se traduce en la construcción de recursos internos del individuo para enfrentarse a su entorno a cualquier edad; es la personalidad del adulto mayor que hará la diferencia entre un mundo afectivo, con redes de apoyo y un mundo o doloroso, difícil y con relaciones personales deficientes. El apego seguro se identifica como una útil herramienta para la adaptación y superación de aquellas pérdidas o eventos normativos y no normativos que encara el adulto mayor, así mismo, se revela como el punto de donde emerge el desarrollo de la capacidad subjetiva de aceptar y acompañar pérdidas multifactoriales y multifacéticas que emergen en diversos los planos: físico, psicológico, económico y cultural. La potenciación de los recursos internos, producto del apego seguro dentro del círculo familiar y sus redes de apoyo, darán fuerza al adulto mayor para alcanzar los niveles de aceptación y adaptación a sus cambiantes condiciones de vida; sin embargo, en pleno siglo XX se observa una gran diversidad de situaciones que trastocan sus posibilidades de tener una vida digna, situaciones provocadas por la naturaleza misma o por la acción del hombre, entendiéndose como aspectos propios de sistemas económicos, políticos y sociales que se convierten en la pauta para la determinación, en muchos casos, de los niveles de calidad de vida del adulto mayor, a través de políticas sociales como la referidas al sector salud, ámbito de trascendencia innegable en la vejez, etapa en la que generalmente, se descubren dos situaciones por demás delicadas que encierran toda una serie de necesidades, requerimientos, riesgos y vulnerabilidades. Por un lado, se puede vislumbrar un amplio abanico de roles que el adulto mayor ahora toma con todo su bagaje físico y emocional en la familia actual, ya sea como persona dependiente es decir, que debe ser cuidado por enfermedad crónico degenerativa, cáncer, trastornos visuales, auditivos, mentales,

discapacidad física para la movilización o en otro rol completamente opuesto, como cuidador, tal vez hasta como un reemplazo a un padre ausente debido a migración, abandono, precariedad económica, disfunción familiar, drogadicción u otros motivos. Estos nuevos roles en el adulto mayor conllevan una serie de consecuencias y cambios familiares, sociales, físicos emotivos y económicos.

2.1.2 Riesgo de maltrato al adulto mayor

Por otro lado, en la vida del adulto mayor dependiente es frecuente una circunstancia que incrementa la posibilidad de ver violentados sus más elementales derechos humanos: la violencia intrafamiliar, que lo convierte con facilidad relativa, en una víctima que se ve imposibilitada para defenderse en un espacio cuyos moradores debían salvaguardar las condiciones indispensables para una vida digna del adulto mayor. Es la violencia, ya sea la que ejerce el cuidador o la auto negligencia, sin olvidar el gran fenómeno que es la soledad y sus implicaciones. Y por su lado, el adulto mayor cuidador se enfrenta a retos que tal vez ya veía superados como figura de crianza o ser responsable de otro u otros individuos en la familia, rol impuesto o no, conlleva un deterioro, físico, emocional y hasta económico donde uno de los probables resultados es el burn out del cuidador, o como violentador de la persona a su cuidado. La familia se puede ver en una situación distinta con un hogar con generaciones no continuas, con dinámica desfavorable, sentimientos de abandono y añoranza, sobrecarga física y agotamiento emocional en general. En un punto medio también podemos ver roles activos y productivos de los nuevos abuelos, de los nuevos adultos mayores desafiando barreras y combatiendo discriminación tomando su papel y su lugar en la familia y la sociedad. A nivel individual el envejecimiento es la serie de cambios progresivos, imparables, en

todo ente en el planeta, proceso que conlleva un deterioro físico y psicológico de todos los cuerpos que suceden paulatina y gradualmente, con deterioro de la capacidad funcional del cuerpo. Empieza al finalizar la fase de crecimiento del individuo y se alarga hasta la muerte de este, produciéndose un desgaste natural que se evidencia con las enfermedades asociadas a la vejez. La OMS lo asocia el detrimento de facultades, imposibilidad de adaptación, incremento de riesgo de sufrir enfermedades y accidentes. Otras características del envejecimiento fueron descritas por Pardo 2003 en Consideraciones Generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento, haciendo énfasis en el enfoque de B.L. Strehelper 1959 que describe al envejecimiento como un proceso progresivo e irreversible. Aunque luego podemos ver que se ralentiza, pero no detiene; intrínseco y específico, propio de cada especie y de cada individuo con base genética modulado por factores ambientales y sociales; universal, que afecta a todos los seres vivos del planeta. Cada ser humano, en el plano físico al envejecer experimenta una serie de transformaciones morfológicas y funcionales, todos sus órganos y sistemas son individuales y cambian con diferentes ritmos dependiendo de su condición en el individuo. Externamente, la altura se reduce (porque la curvatura de la columna aumenta, se produce escoliosis y disminuye la altura del disco intervertebral). La piel se arruga y pierde elasticidad natural y el cabello pierde su color original, dándole paso a las canas o a la calvicie. LA sarcopenia puede llegar a presentarse o la osteopenia representando pérdidas importantes en índices proteicos y vitamínicos, haciendo más difícil la recuperación de un proceso traumático o el sólo inicio de la actividad física, limitándose en el estilo que pueda permitirse. La deshidratación puede presentarse en temperaturas no tan elevadas o por procesos infecciosos leves o moderados, llegando a niveles de presión fuera de rango, tanto en

niveles disminuidos como aumentados. presbiacusia y pérdida de la visión por múltiples patologías, generalmente como complicaciones de procesos crónico degenerativas son comunes con el envejecimiento. El movimiento muscular y articular presenta mayor resistencia y rigidez al limitar aun por tiempo cortos la movilización. Los cambios en la glucosa e insulina, aunque no son determinantes para presentar una enfermedad si son suficientes para que un individuo con sedentarismo, comorbilidades y malos hábitos alimenticios se debute como diabético, hipertensión o con alguna dislipidemia. En el análisis del envejecimiento neurológico encontramos que la capacidad neurológica para el aprendizaje no se modifica al igual que la memoria, sin embargo, el aprendizaje, aunque exitoso implica mayor tiempo. El conjunto de estos cambios y abatimiento de funciones y capacidades de respuesta y adaptación resultan en un estado de mayor vulnerabilidad comparado con el adulto menor de 64 años. Hay una tendencia a la variabilidad entre los individuos. El Envejecimiento afecta las funciones psicológicas, fisiológicas y sociales. Debido a factores genéticos y ambientales, no se han determinado varias formas de envejecimiento. Vivir en la riqueza y la pobreza no es lo mismo. higiénico o insalubre, trabajo duro, el ambiente ecológico desfavorable o favorable y hábitos: falta de ejercicio, toxicomanías, alimentación en régimen o descontrolada, entre otros. Nuestro método de envejecimiento es un factor genético, es decir, aquellos cuyos ancestros viven más tiempo lo hacen también, pero el resto, o el 75%, depende de nuestros hábitos y factores ambiente. Tradicionalmente, se consideran tres tipos de envejecimiento: Habitualmente normal o primaria: se presenta sin comorbilidad, Patológicos o secundarios: cambios que no son parte del envejecimiento natural, sino que son causados por enfermedades. Óptimo: Este envejecimiento se produce en las mejores

condiciones posibles, reduce la presencia de enfermedades, tanto a nivel físico como psicológico o social. Para ello, necesitamos maximizar nuestra calidad de vida a través del ejercicio. Además de mantener hábitos saludables, tanto física como mentalmente, todo ello favorece nuestra autonomía y elimina la necesidad de depender de los demás. Las personas mayores durante este período experimentan muchos cambios biopsicológicos y sociales que son el resultado de sus hábitos, costumbres, condiciones, entorno familiar y social que han tenido durante su vida, cuando no han sido satisfactorios, afectan continuamente diferentes áreas de funcionamiento y favorecen la pérdida de autonomía. La pérdida constante de habilidades (principalmente relacionadas con lo físico) ha creado un estereotipo de edad en la cultura occidental desfavorable. Como resultado, las personas sienten cierto temor de entrar en esta edad, lo que puede incluso llevar al aislamiento social. La función del anciano implica, en gran medida, la posibilidad de adaptación a sus nuevas capacidades con una independencia indispensable para desenvolverse socialmente. La evaluación nos da una idea del grado de independencia y autonomía. El término "dependencia" surge porque cuando las personas no funcionan correctamente, los roles y tareas socialmente definidos tienden a verse comprometidos y el grado de socialización en la edad adulta tiende a disminuir. Todos los seres humanos, a lo largo de su existencia, experimentan cambios que se evidencian de forma paulatina con distintos grados de rapidez, modificándose también sus percepciones sobre su propia vida, calidad de vida, metas, valores, relaciones sociales.

2.1.3 Percepción

Según la Organización Mundial de la Salud, 2020 la calidad de vida es "la percepción individual de la posición que uno tiene en la vida, los antecedentes culturales y los valores de la vida". La percepción puede verse afectada por la salud física y mental, el nivel de independencia y las relaciones sociales. En la vida del ser humano, las percepciones han jugado un papel protagónico en un contexto de simbiosis natural con la realidad; en los últimos tiempos varias disciplinas han abordado este binomio con un propósito explicativo donde, a la fecha, la percepción, se mantiene en un plano subjetivo/objetivo y no ha alcanzado su máxima claridad o, más aún, consenso sobre su conceptualización. Para Barthey, 1982 por ejemplo, en el acto de la percepción se involucra el proceso de construcción del conocimiento objetos, hechos o verdades, a través de la experiencia sensorial o por el pensamiento; la definición la ubica en un plano de conciencia que guía una conducta, así mismo, se involucran sensaciones relativas a una realidad externa. Ahora, desde la percepción sensorial, identificamos conceptos, técnicas e información que manan del plano interdisciplinar y posibilitan el conocimiento del exterior. La convergencia de pensamiento que retoma Castilla, 2006 sobre el abordaje de Locke, 1700, hasta Spinoza 1956 se traduce en una premisa relevante en nuestros días con relación a las percepciones, consistente en que la falta de información sobre el problema no lo hace esfumarse., esto obliga a la reflexión no sólo sobre la objetividad y subjetividad, sino sobre el efecto que tiene nuestro entorno inmediato y mediato en la construcción de la realidad. Para el tema objeto de estudio del trabajo de tesis, la anterior premisa, posee una gran relevancia; la percepción, por si sola se traduce en diferencias, percepción del exterior puesto que su elemento

primordial es la interpretación, función subjetiva/objetiva que puede impactar, tanto positiva como negativamente cualquier deducción que emerge de algún proceso de investigación. El concepto de percepción social creado en psicología se utiliza en este documento para el efecto deseado. Es importante especificar que la percepción en sí misma puede considerarse como un nivel de evaluación de la vida real de un individuo o grupo. Realidad a través del proceso de motivación, aprendizaje y creencia. La percepción sobre la etapa de la vejez está contemplada en los objetos de estudio de las ciencias sociales su investigación y análisis generalmente se aborda en dos dimensiones: la percepción de quienes les rodean y la autopercepción; es decir, es importante diferenciar estas dos dimensiones para captar las aristas objetivas y subjetivas del tema de la vejez y de su vida digna, lo que puede sustentar nuevos marcos teóricos menos tradicionales. Para fines del presente documento se hace hincapié en la autopercepción de riesgo o seguridad del individuo adulto mayor a partir de la epidemia COVID-19, y su concordancia con la cantidad de factores de riesgo reales presentes a ser víctima de maltrato. Una vez expuesto lo anterior, se hace hincapié en que, generalmente se ignora el sentimiento, el conocimiento, la percepción del adulto mayor sobre su propia vida, sobre sus propias experiencias de alegrías, logros, frustraciones, tristezas, temores, incertidumbres, enojos, humillaciones, infelicidad; lo que da paso a los conflictos en su entorno inmediato y mediato. Aun cuando existen iniciativas que contemplan la conciencia sobre la edad y el bienestar de los ancianos, existen innumerables retos y mitos por combatir contra la percepción de la vejez como una debilidad tanto como autopercepción como percepción social. Estos constructos son factores agravantes, que vulneran al adulto mayor con una situación resultante de maltrato, auto negligencia y abandono.

2.1.4 Realidad

El maltrato es una situación problema que puede ocurrir en cualquier etapa para las personas que generalmente son vulnerables y, en mucho depende del género, la edad y la condición física. El maltrato a los ancianos se descubre en el ámbito familiar, sociedades e instituciones, generalmente porque afecta negativamente a su salud, esta circunstancia puede facilitar, en un momento dado, la visibilización del maltrato ya que demanda una atención médica inmediata o se puede presentar el deceso; cabe mencionar que aquí aparece una variable económica dado que la atención integral posee un costo financiero que, con frecuencia es considerable. Las estadísticas sobre el abuso en la vejez están lejos de los datos reales y concretos, la realidad del maltrato, como la vive la mayoría de las personas mayores no es denunciada por distintos motivos, entre los cuales se encuentra la no aceptación o negación del hecho de ser abusados, otra razón es el temor del adulto mayor a represalias de sus familiares o cuidadores ajenos al núcleo familiar; otro motivo se refiere a la creencia o esperanza del adulto mayor de que el abuso es temporal o esporádico, rechazo del adulto mayor hacia el contacto con su propia familia, el estado de ignorancia del adulto mayor sobre las instancias ante las que puede presentar una denuncia de maltrato; así mismo, asociado también a la falta de información y orientación sobre la denuncia, existe el temor en el adulto mayor de que un miembro de la familia pueda ser encarcelado o el mismo ser contra demandado y ser llevado a la cárcel. Debido a la combinación de estos factores, esta situación multifactorial compleja requiere un cauteloso abordaje. Actualmente el maltrato al adulto mayor ha sido visualizado y atendido gracias a la participación de grupos de ciudadanos, instituciones públicas y privadas que están enfocados a eliminar la

violencia intrafamiliar, sin embargo, los esfuerzos de que el tema se refuerce y encuentre un espacio digno en las políticas públicas, aún está lejos de garantizar salud, educación y respeto a sus derechos humanos. El maltrato se traduce en abuso y para combatirlo es necesario sensibilizar e identificar los daños causados por el abuso en todos los aspectos; el precisar sus dimensiones constitutivas permite tomar medidas para su prevención. ¿Qué es el abuso? Este es un "acto nocivo único o repetitivo que causa diversos tipos de daños al adulto mayor para efectos de la elaboración de este documento; sucede en una relación de confianza. ¿Qué tipo de abuso hay? a) Físico que se describe como el comportamiento no accidental que causa daño físico o dolor o el deterioro físico causado por la violencia física. Por ejemplo, el uso indebido de narcóticos, hambre o castigo corporal. b) Mental. Es el daño que provoca miedo, desvalorización y sufrimiento a través del comportamiento lingüístico o no verbal. Por ejemplo, intimidación, insulto, descalificación, intimidación, trato infantil o aislamiento, contacto sexual no basado en un acuerdo de abuso sexual. La negligencia de la persona que asumió el papel de cuidador, por ejemplo, lugares peligrosos o lugares cerrados. Explotación financiera. Uso ilegal o inapropiado de fondos, propiedad o mayores recursos; destrucción de bienes muebles, bienes y/o recursos. En el ámbito laboral deshumanizar el trato, discriminar y estigmatizar al adulto mayor. No reconocer su conocimiento y experiencia, excluyéndolos de los sistemas de salud, seguridad y bienestar a seguridad y el bienestar. El abuso al adulto mayor no tiene fronteras, sin embargo, su prevención tiene las fronteras en las mismas auto percepciones del adulto mayor y en las percepciones de una sociedad estigmatizadora y discriminadora. Mientras menor autovalor, o productividad manifieste un ser en vejez, su riesgo al maltrato siempre será mayor.

2.1.5 Contraste percepción y realidad del maltrato en el contexto contingencia sanitaria por COVID-19

El maltrato al adulto mayor es un fenómeno multifactorial y multifacético que puede detonarse en cualquier ámbito, espacio y tiempo. Sin embargo, existen factores identificados que representan estadísticamente mayor riesgo y vulnerabilidad, éstos pueden ser catalogados como factores propios del individuo, factores encontrados en el cuidado y factores en el ambiente o contexto. Estos factores representativos de riesgo a ser maltratado son: Ser mujer: Dado a que son en su mayoría dependientes económicamente tienen limitación en apoyo y mayor riesgo de aislamiento, creencias y conocimientos propios de su generación influyen en las respuestas de normalizar o tolerar el maltrato. (Espiniella, 2013) Otro factor de riesgo importante es la falta de autonomía: al ser dependientes para la realización de actividades básicas o instrumentales de la vida, el individuo no responde ante un maltrato o negligencia ya que considera que su situación puede ser peor. El tener pocos ingresos económicos o presentar dependencia económica del cuidador también inhibe una denuncia o reacción del adulto mayor a detener la situación de maltrato. La presencia de trastornos mentales, depresión, ansiedad, baja autoestima o demencia la vulnerabilidad. Para integrar la situación abusiva víctimas (toleran la situación) y agresores. Por parte de los agresores podemos encontrar factores como sobrecarga psicosocial de la persona asignada, que presenten trastornos emocionales, dependencia emocional o económica, recursos insuficientes para el apoyo integral, historial de malas relaciones familiares.

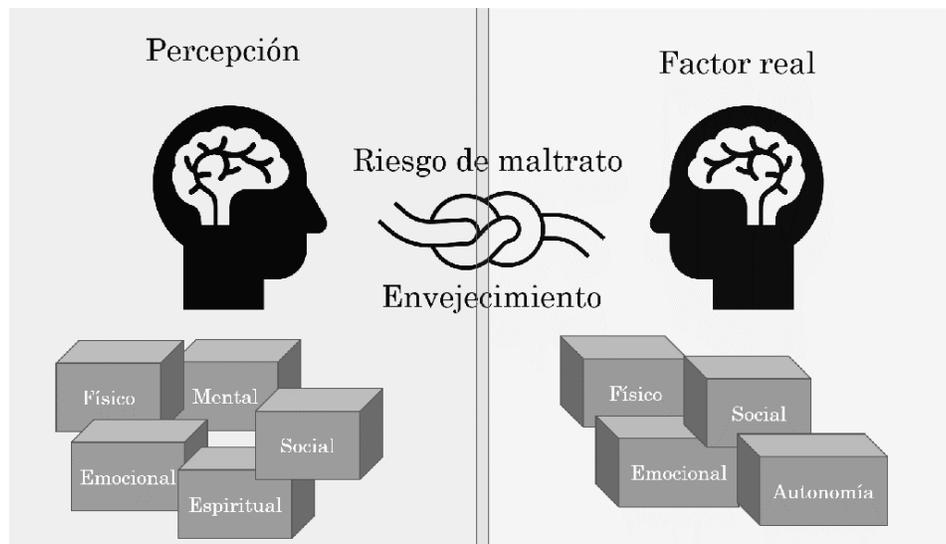


Figura 1. Elaboración propia. Percepción de riesgo de maltrato en el envejecimiento en contraste con el factor real.

La percepción de seguridad o riesgo a ser maltratado en el envejecimiento se construye desde el nacimiento, de manera dinámica involucrándose en dimensiones físicas, emocionales, mentales, espirituales y sociales; formándose desde el núcleo familiar, su integridad física, su guía o creencia espiritual, su estado cognitivo, sus oportunidades de desarrollo social y educativo, y el contexto social en el que el individuo habita a lo largo de su vida. El Factor de Riesgo o Seguridad para maltratar en el envejecimiento se devela a partir del estado actual del adulto mayor en relación a su autonomía entendida esta como la capacidad de adaptación y resolución de conflictos; otro de los factores es el estado emocional constituido como el desarrollo de la inteligencia emocional, la capacidad del individuo a reconocer propias y ajenas emociones, discernir entre ellas, etiquetarlas y utilizarlas de manera asertiva para guiar pensamiento y conducta; con lo que respecta al rol social se puede identificar la gran relevancia que tiene el mecanismo de integración al sistema social al que pertenece; y

por último, la integridad física con la que cuenta el individuo en la vejez, ya que cualquier disrupción en su salud representa mayor vulnerabilidad, probable fragilidad y mayor riesgo mayor riesgo. En el contexto/ambiente presente como riesgo real el año de 2019 se conoció en el mundo el Coronavirus con la enfermedad de COVID19, un síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) y el 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró la contingencia sanitaria y decretó el surgimiento de la pandemia. La sintomatología involucró una condición febril, actividad inflamatoria pulmonar, trastornos en el sistema circulatorio, trombosis venosa, síntomas gastrointestinales, hemorragia intracerebral, manifestaciones a niveles neurológico y muscular. La vulnerabilidad que experimentó la población en general durante este período, así como el temor al contagio fueron inéditos desde la perspectiva física, psicológica, social y, económica. Todos los grupos poblacionales vieron trastocado su proyecto de vida dados los protocolos establecidos por la contingencia y por las experiencias de vida y muerte, sin embargo, de acuerdo a las instancias sanitarias internacionales de adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas como hipertensión arterial sistémica, diabetes, dislipidemia, síndrome metabólico, que represente en ellos compromiso del sistema inmune presentan una mayor mortalidad frente al COVID comparado con aquellos individuos con tabaquismo positivo. Dado que, la posición del adulto mayor en la pirámide demográfica se ha invertido, actualmente se reporta que México cuenta con 15.4 millones de adultos mayores, donde sus causas de mortalidad y morbilidad están reportadas con las mismas enfermedades crónico-degenerativas y oncológicas, estas causas de muerte permanecen y se presentan como factores de riesgo importantes para la presentación grave de COVID. En México se emitieron a partir del primer caso

registrado por Secretaría de Salud medidas para la contención de la enfermedad ante la presentación grave y el aumento alarmante de los casos, se suspendieron las actividades educativas, se prohibieron los eventos masivos, culturales y deportivos, las actividades no esenciales; mismo se lanzó una campaña de información, orientación dirigida hacia población abierta para motivar el respeto al distanciamiento social con una sana distancia, para inhibir el contacto directo de persona a persona y así disminuir el riesgo de contagio. Posteriormente, al agravarse la situación se amplió el protocolo, incluyéndose la permanencia domiciliaria; esto tuvo un impacto muy fuerte en la dinámica familiar, pues esa permanencia se convirtió en un aislamiento obligado, separación de miembros de la familia, cambios en las dinámicas de socialización, produjo toda una serie de efectos en el plano físico y emocional del todo ser bio psico social. Sin embargo, como se ha mencionado reiteradamente, esta situación se adscribió a la ya situación desventajosa del adulto mayor de 60 años en su mundo micro y macrosocial. Al inicio de la segunda fase de la contingencia COVID, los padecimientos crónico-degenerativos de adultos de 60 y más años, se tomaron en cuenta para la implementación de medidas sanitarias que, directa e indirectamente tuvieron más repercusión en la salud física y mental del adulto mayor que en otros grupos; se consideró la edad como padecimiento; junto con las comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes, patologías cardíacas o pulmonares o inmunosupresión Covid19 se tradujo en una pérdida de independencia en el aspecto laboral, familiar, recreativo. Es decir, el aislamiento social, la permanencia en casa, las restricciones incluso en tiendas de servicio propiciaron efectos sentidos como acciones discriminatorias hacia su grupo etario. Esta contingencia sanitaria, visibilizó el hecho de que más del 50% de este colectivo no es pensionado y dada su condición

económica, se ven en la necesidad de incursionar en el sector informal con muy bajos ingresos, es por lo anterior que, el Estado otorgado pensiones al colectivo de 65 y más, sin embargo, a todas luces, es evidente la insuficiencia del recurso. En beneficio de una población protegida se adelantaron pago de una beca/estímulo económico a aquellos registrados como destinatarios de este programa. Sin embargo, más del cuarto de la población de adultos mayores no cuenta con este tipo de apoyos, con el factor agravado que son excluidos de sitios de trabajo por riesgo de contagio, sin contar con un respaldo económico para solventar y cumplir con sus compras y necesidades básicas para las actividades básicas de la vida.

2.5 Marco Empírico e Interdiscipliniedad

Los estudios realizados en la temática de maltrato al adulto mayor se presentan con la limitante mono disciplinar. Se realizó el análisis dentro de la sociología, con Han, 2020 y Meneses 2021, la Gerontología con Makaroun 2020 y Chang 2021 y el enfoque psicológico con D’Cruz 2020 y Chang 2021. La constante entre ellos fue la perspectiva mona disciplinar o multidisciplinar donde no se presenta una integración teórica ni metodológica. Este estudio reconoce el rechazo a las nociones de verdad absoluta, y permite el reconocimiento a la ambigüedad originada de los conflictos y las diferencias dando lugar a un estudio de un problema emergente, nuevo, multidimensional y de gran impacto en el contexto aún más cambiante por COVID-19. El enfoque interdisciplinario según James Welch (2011) de la producción de conocimiento, implica negociación dentro y fuera de los marcos epistemológicos construidos por las disciplinas. Una teoría del pluralismo epistemológico nos ayuda a dar sentido a este mundo frágil, dinámicamente cambiante, y aplicar ese sentido a la resolución de

problemas. Han 2020y Mier 2017 con su enfoque social realiza una reflexión crítica hacia la situación de violencia social que el adulto mayor percibe desde la concepción epistemológica de la sociología clínica. Aborda en profundidad la construcción de la identidad, la integración y pertenencia del adulto mayor en la sociedad y describe la construcción personal y social de los prejuicios y estereotipos negativos. Presenta como limitantes importantes la subjetividad, sin buscar una confiabilidad o veracidad íntegra, en contraste del presente estudio que experimenta entre la experiencia y la teoría, lo vivenciado y lo conceptual, esencial para entender los fenómenos sociales.

Con respecto al análisis de factores de riesgo coinciden las variables de factores del individuo, el cuidador y el ambiente, mencionando en el estudio En el individuo: Aislamiento social, Inestabilidad financiera, Dificil acceso a servicios de salud. En el cuidador: Aumento demandas de tiempo, Estresores financieros, Uso de drogas o sustancias, Disminución de disponibilidad de atención personal; En el ambiente: Aislamiento por riesgo de contagio, Limitación de uso de tecnologías por falta de recursos o capacitación, edadismo. Dentro de la gerontología Makaroun 2020 y Chang 2021 buscaron evidenciar las deficiencias dentro de los modelos socio médicos de la contingencia. Realizaron un estudio descriptivo sobre la inclusión del adulto mayor y la proporcionalidad del bienestar en el individuo. Con el obstáculo importante que al abrir el panorama a múltiples preguntas y distintos abordajes dentro de una misma disciplina se observó una investigación no especializada, tan generalizada que no contaba con integración o conclusiones definitivas suficientes para establecer patrones o teoría deductiva o inductiva. Y los factores de riesgo considerados por estos estudios se documentaron como: En el individuo: Demencia o deterioro cognitivo,

Dependientes funcionales; En el cuidador: Son tener visitantes, Actividades grupales prohibidas, Aumento de Burn out del cuidador; En el ambiente: Falta de programas de relajación, meditación. Cierre de la atención a la salud en enfoque psicológico y psiquiátrico.

2.6 Modelo de la investigación y justificación



Figura 2. Elaboración Propia, Conflictos disciplinarios

Dentro de la gerontología encontramos una generalización por el término de maltrato, es decir, no consideran la heterogeneidad del grupo etario como primordial dentro de las citadas investigaciones. Su prioridad va de la mano del aspecto físico y médico, mencionando, pero no entregándole la responsabilidad que tiene al ámbito psico-social. Aun cuando si se menciona la importancia de trabajar con otras disciplinas en atención a cualquier intervención al adulto mayor, ésta se centra en la multidisciplinariedad y no la integración de estas, no cambian ni utilizan en su mayoría herramientas y métodos interdisciplinarios para su ejecución. La Sociología por su parte acepta que el propio

profesional de la sociología vive cierto prejuicio al evaluar y estudiar la realidad a través de sus ojos, como parte del mundo que estudia, así pues, se ve sometido a prejuicios, problemas complejos a los que visualiza, con los que experimenta y evoluciona con los fenómenos y el propio individuo. Vive la disciplina cambios constantes que, si bien apoyan a la actualización, en ocasiones no busca una universalidad o conceptos de una línea por lo que es difícil converger con otras disciplinas. La Psicología habla a su vez únicamente de su base, aunque si integra elementos sociales, su fundamento sigue siendo el análisis concreto de la corriente psicológica determinada por el investigador. Aunque si ha cubierto fuertemente el tema de maltrato al adulto mayor, sus percepciones y factores de riesgo, su evaluación de ellos los riesgos e impactos queda insuficiente al enfrentarse a un problema tan complejo tan multidimensional, multigeneracional más el contexto sin precedente de la contingencia por COVID-19 que por sí sola es un fenómeno de gran magnitud. La interdisciplinariedad permite la construcción del terreno común del cual partimos para la descripción y contraste de nuestras variables, percepción y realidad de riesgo de maltrato al adulto mayor.

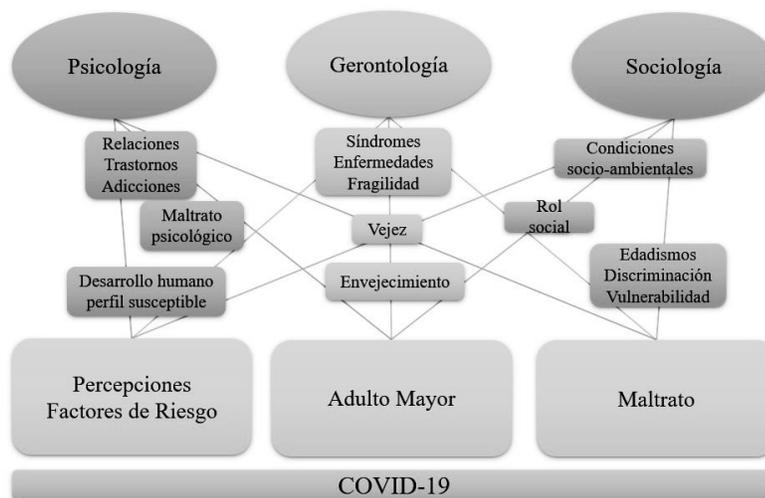


Figura 3. Elaboración propia. Uniones disciplinarias

En el presente estudio se decide utilizar el método interdisciplinar con enfoque mixto integrado, en base a las siguientes herramientas y metodología interdisciplinar: Se utiliza la Teoría de integración de conceptos Lakoff con el objetivo de formar un vocabulario común para integrar primeramente las variables operacionales, posteriormente los términos y procesos a los que se busca completar y mejorar dentro de la problemática y la dirección de la propuesta de intervención.

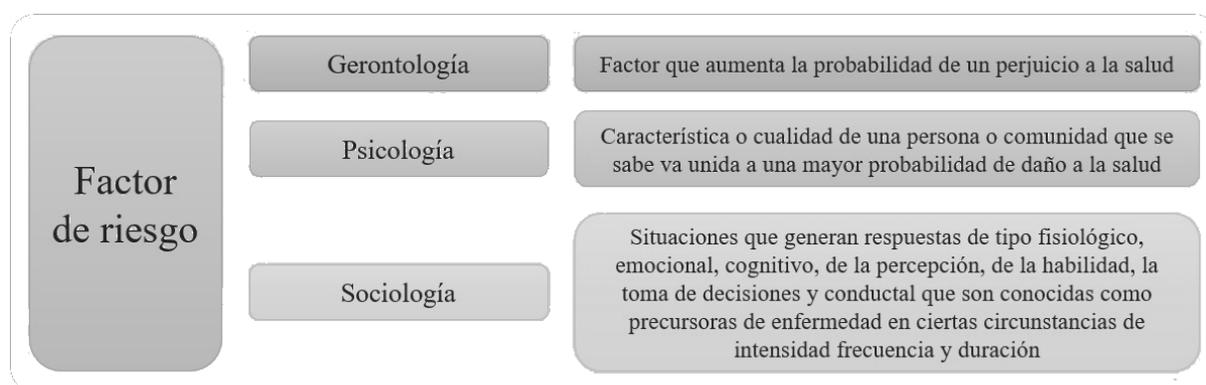


Figura 4. Elaboración propia Ejemplo de integración de conceptos.

La Creación del terreno común es aquel que es creado entre visiones disciplinarias en conflicto, afirmaciones, conceptos o teorías y que hace la integración posible, dentro de ella se utilizan nuestras 3 perspectivas. Sociológica, psicológica y gerontología para las teorías de percepción, realidad, comunitarias e identidad para encontrarse y resolver aquellos conceptos como factor de riesgo, el maltrato y el contexto de COVID en cada una de sus subsecciones: individual, cuidador, socioambiental. (REPKO, 2007)

Capítulo IV. Método

4.1 Diseño

Conjunto modo analítico-descriptivo donde el contexto se le permita el acceso a un significado pleno y a través de la comprensión de la realidad del contexto a manejar e interpretar. En particular, integra modos de interdisciplinariedad y aborda la complejidad a través de un método mixto.

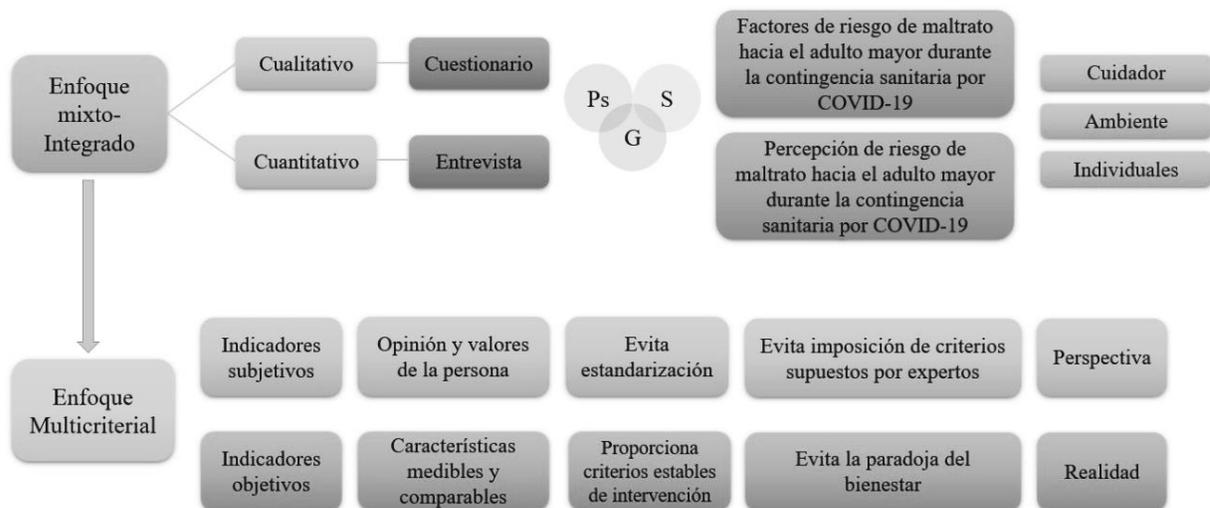


Figura 5. Elaboración propia, diseño metodológico

Para alcanzar un enfoque y abordaje integral deseado para el estudio se decide recurrir a un enfoque mixto integrado. Por un lado, San Martín Cantero 2014 menciona a Blumer 1969 donde el enfoque cualitativo con la Teoría Fundamentada asienta sus bases en el interaccionismo simbólico dado el entendimiento de la comprensión de las construcciones que dirigen una causalidad. Se recurre a la Teoría fundamentada para desplegar las interpretaciones humanas personales en pos de las interpretaciones del

mundo En este sentido, los sujetos, es decir, los adultos mayores, cuidadores y todos aquellos dentro de su entorno social, deben ser descritos como elementos asociados en el proceso de investigación. Así la teoría fundamentada responde con su propósito de priorizar el contexto y dejar al margen en un razonamiento deductivo que tradicionalmente parte de una teoría anteriormente seleccionada. (Charmaz, 2007). Se decide el uso de Atlas. dado que, es un software que permite el análisis de datos cualitativos complejos que aporta a la inducción y construcción de nueva teoría, ajustándose al enfoque interdisciplinario donde se requirió la integración de datos de múltiples disciplinas pero de la misma naturaleza con texto y audio, abordando la diversidad de la realidad psico socio ambiental en la situación de riesgo del individuo, con esta herramienta es posible aumentar el alcance descriptivo hasta hacerlo de manera conceptual y formar así la teorización del campo de la investigación. Posteriormente, se diseña y se aplica una encuesta dicotómica, instrumento que se decide llenar por la investigadora de manera digital con el formato en Google forms y así contar con las respuestas ya digitalizadas para descarga en el software SPSS para su análisis y revisión.

4.2 Piloto

Se aplicó el instrumento a 8 mujeres y 7 hombres mayores de 65 años originarios y residentes de la localidad de Hermosillo en los últimos 2 años. Se ejecuta una entrevista para valorar las percepciones de riesgo y un instrumento de encuesta tipo Likert para los factores de riesgo. Datos de identificación: Nombre, Estado civil, Fecha de nacimiento, Lugar de nacimiento, Lugar de residencia, Tiempo de residir en Hermosillo, Escolaridad, Ocupación, en caso de ser jubilado cual fue su Ocupación, Nombre de

cuidador, Tiempo de estar a su cuidado, Familiar o Contratado, Recibe pago por el cuidado. Cuestionario Escala Likert Totalmente en desacuerdo 1- totalmente de acuerdo 6, Factores de riesgo en el adulto mayor, Factores de riesgo en el cuidador, Factores de riesgo en el contexto social.

En lo que se refiere a la Entrevista semiestructurada, los reactivos fueron los siguientes:

Describe brevemente cómo sintió transformación más importante y cómo se llevó a cabo previo y posterior a la contingencia sanitaria. Comparativo en temporalidad, gravedad y frecuencia. En su salud, En su salud mental, En el contexto socioeconómico del cuidador, salud de su cuidador, salud mental de su cuidador, aislamiento social, uso de Tecnologías, Relaciones de maltrato preexistentes. Se realizaron en los mismos sujetos con 3 días de diferencia entre encuesta y entrevista. Con una verificación de Re-test. De la aplicación del instrumento a se hicieron de manera presencial y 5 vía plataforma Zoom. Conclusiones de la prueba piloto: Se cambia en el instrumento en su sección de escala Likert por dicotómica. Si/ No al percibir confusión en el entrevistado. Se toma la decisión de aplicar todas las entrevistas de manera presencial. Se presentaron menos interrupciones tanto de índole técnico como de familiares al momento de la sesión presencial. Se obtuvo un mejor resultado en la verificación del instrumento vía Re- test en la modalidad presencial. Se percibe mayor apertura en las respuestas en la modalidad presencial. Fue necesario recurrir a una tercera persona para facilitar al entrevistado tanto el acceso como el manejo de la plataforma zoom. Por lo que se decide realizar todas las aplicaciones de manera presencial y realizar modificaciones pertinentes al instrumento.

4.3 Participantes

La institución prestadora de servicios gerontológicos AIPH Care en Hermosillo Sonora, misma que facilitó la participación de 33 individuos, pacientes de sus servicios adultos mayores de 60 años, con cuidador en casa, sin discapacidad auditiva o verbal, sin deterioro cognitivo moderado ni grave (evaluado por Mini Mental de Folstein). Dos de los cuales presentaron deterioro cognitivo moderado y otra persona con discapacidad auditiva por lo que fueron excluidos de la muestra.

4.4 Instrumentos

Encuesta dicotómica en 3 secciones. Factores de riesgo en el adulto mayor, en el cuidador y en el ambiente:

Adulto mayor

- Me he alejado de mis redes de apoyo como amigos, familia, grupos sociales posterior a la pandemia
- He presentado descontrol en mis enfermedades físicas y /o mentales por falta de citas médicas o estudios de rutina
- Mi economía se vio afectada fuertemente posterior a la pandemia
- Mis medicamentos y servicios básicos como las compras de comida se vieron limitadas
- Tuve en más de 3 ocasiones un episodio depresivo o de ansiedad que me impedía llevar a cabo mis actividades de la vida diaria
- El uso de las tecnologías fue causa de estrés ya que las desconocía previo a la contingencia
- Aumento en cualquier cantidad mi consumo de tabaco, alcohol , drogas o cualquier uso de medicamentos sin indicación médica

Cuidador

- Mi cuidador tiene problemas con pagar sus cuentas de vivienda, escolaridad, servicios básicos
- Mi cuidador no tiene el mismo tiempo para atenderme
- En su hogar o familia mi cuidador tuvo que sobrellevar casos de enfermedad COVID o no
- Mi cuidador tuvo más demanda por otros enfermos (familiares o no)
- Mi cuidador se presentaba impaciente, cansado, ansioso con mayor frecuencia
- Mi cuidador aumento o inicio con uso de sustancias o relapso
- A mi cuidador le resulta difícil encontrar alguien que pueda hacer relevo
- Mi cuidador no puede ejercitarse físicamente

Ambiente

- Las medidas por aislamiento social han afectado mi salud mental
- Las medidas que restringen la movilidad del adulto mayor no me permiten hacer mis actividades básicas
- No cuento con la tecnología o conocimiento necesario en ellas para mantenerme activa, conectada y poder tener acceso a servicios de salud o básicos.
- Mis ingresos por pensión/jubilación/inversiones externas se vieron muy afectadas
- Solicité y no tuve acceso a servicios de atención a urgencias no COVID o no medicas en una ocasión .

Entrevista semiestructurada:

Describa brevemente su situación durante la contingencia sanitaria con respecto a:

- En su salud física
- En su salud mental
- En el contexto socioeconómico del cuidador
- En la salud de su cuidador

- En la salud mental de su cuidador
- Contexto socioeconómico de su cuidador
- Aislamiento social
- Uso de Tecnologías
- Relaciones de maltrato preexistentes
- Limitada/ nula respuesta por parte de autoridades tanto de salud como de seguridad en respuesta a una situación de maltrato.

Hacer énfasis en: Comparativo en temporalidad, gravedad y frecuencia.

4.5 Procedimiento

Se realiza una entrevista inicial con datos sociodemográficos, explicando los objetivos de su participación en el presente proyecto, así como la importancia de su consentimiento escrito en el mismo. En la misma visita domiciliar se realiza el examen Mini Mental de Folstein para asegurar la cognición en los participantes (Anexo 1)

1. Presentación del entrevistador al encuestado solicitando su cooperación y agradeciendo su tiempo y atención
2. Asegurar medidas de seguridad para el entrevistado y su entorno
3. Aclarar el interés de la investigación
4. Mencionar beneficios directos e indirectos que representa su respuesta honesta
5. Explicar de manera breve y concreta de la modalidad y tiempo de la interacción
6. Consentimiento informado

7. Formato realizado en Google forms. Llenado por secciones por el entrevistador.
Herramienta que permite la captura de datos mixtos descritos para la investigación
8. Grabación por app voice recorder Android

En la segunda visita domiciliaria se realiza la encuesta primeramente para iniciar con dinámica de apertura con el participante, permitiéndonos adentrarlo al tema pertinente al proyecto. Las preguntas las realiza el investigador mientras llena el formulario prellenado con los datos sociodemográficos del participante en Google Forms. Posterior a lo cual, se da una pausa activa de 15 minutos donde se habla únicamente del gusto principal del paciente mientras se camina o sale del espacio en el que se encontraban. Al terminado el tiempo se retoma la participación con la parte de la entrevista semiestructurada, donde se hace hincapié en la importancia de la veracidad y detalle que nos pueda otorgar a las preguntas por realizar. Primer ciclo: La entrevista se retoma posterior a los 15 min de pausa activa a lo que se le pide al participante: Describa brevemente cómo fue la transformación más importante y cómo se llevó a cabo previo y posterior a la contingencia sanitaria con respecto a los siguientes puntos: en su salud física, en su salud mental, en el contexto socio-económico, en la salud de su cuidador, en la salud mental de su cuidador, contexto socio-económico de su cuidador, aislamiento social, uso de tecnologías, relaciones de maltrato preexistentes, limitada/ nula respuesta por parte de autoridades tanto de salud como de seguridad en respuesta a una situación de maltrato. En el segundo ciclo se realizó un análisis de las respuestas en búsqueda de comparativos en temporalidad, gravedad y frecuencia, emociones determinadas al pasar por esas situaciones y se graba la entrevista con Voice Recorder Android. 3er Ciclo: Las categorías, códigos o índices en esta parte

cualitativa representan un producto de un estímulo ambiguo complejo desorganizado y pone de manifiesto una acción interna del perceptor. (Popper y Eccles, 1985) En el tercer ciclo se establece gracias a los análisis previos y los memos detectados la siguiente codificación:

1. Miedo, inseguridad, fragilidad, enfermedad, muerte
2. Seguridad, calma, salud, estabilidad,
3. Soledad, desesperanza, desamparo.
4. Compañía, resguardo, cobijo.
5. Dependencia, invalidez, discapacidad.
6. Independencia, fuerza, fortaleza.

El cuarto ciclo en base a la teoría fundamentada de base inductiva emerge de los resultados codificados las siguientes categorías de percepciones de riesgo: Nulo en caso de tener positivos 2 o más de seguridad y 0 de riesgo, Bajo en caso de tener 2 o más de seguridad y 2 o más de riesgo, Moderado en caso de tener 1 o más de seguridad y 3 de riesgo y alto en caso de tener 0 positivos de seguridad y 3 positivos de riesgo.

G	Ed	Miedo, inseguridad, Fragilidad, Enfermedad, Muerte	Soledad, Desesperanza, desamparo	Dependencia, Invalidez, Discapacidad	Seguridad, Calma, Salud, Estabilidad	Compañía, Resguardo, Cobijo	Independencia, fuerza, fortaleza	PR
H	63	1		1	1			MODERADA
H	65					1	1	NULA
H	74				1	1		NULA
H	74	1	1			1		MODERADA
H	77	1	1	1				ALTA
H	79	1	1	1				ALTA
H	82					1	1	NULA
H	83		1	1		1	1	BAJA

H	84	1		1		1		MODERADA
H	87				1	1	1	NULA
H	88	1		1	1			MODERADA
H	89	1	1	1				ALTA
H	92		1	1	1			MODERADA
H	94	1		1		1		MODERADA
H	96	1	1	1				ALTA
M	62	1	1	1				ALTA
M	67	1	1			1	1	BAJA
M	69		1	1	1	1		BAJA
M	75		1	1		1		MODERADA
M	76	1	1			1	1	BAJA
M	78	1	1			1	1	BAJA
M	86	1		1	1		1	BAJA
M	89	1	1	1				ALTA
M	91					1	1	NULA
M	92				1	1		NULA
M	92	1	1	1				ALTA
M	93	1	1			1	1	BAJA
M	94	1		1	1			MODERADA
M	95	1	1		1	1		BAJA
M	96	1	1			1		MODERADA

Tabla 1. Elaboración propia. Vaciamiento de resultados de codificación de entrevista en cada categoría por género y edad de cada participante.

IV. Resultados

4.1 Datos Sociodemográficos

G	Ed	EC	Esc	Cud	P
H	63	C	MS	FNR	PP
H	65	D	S	NFR	PC
H	74	C	MS	NFR	PP
H	74	V	S	NFR	NI
H	77	V	S	NFNR	PP
H	79	C	S	FNR	PC
H	82	V	MS	NFR	PP
H	83	S	MS	NFR	PC
H	84	C	S	FNR	PP
H	87	C	S	NFR	PC
H	88	V	S	FR	PP
H	89	C	MS	NFR	PP
H	92	V	S	FNR	PC
H	94	V	MS	FNR	PP
H	96	C	MS	FR	PP

Tabla 2. Elaboración propia. Datos sociodemográficos participantes género masculino, su

Edad, Estado civil S: Soltero, C: Con pareja, V: Viudo; escolaridad MS: Media superior, S: superior; Cuidador FNR: Familiar no remunerado, NFNR: No familiar no remunerado, FR: Familiar remunerado, NFR: No familiar remunerado; Pensión: NI: No tiene ingreso, PC: Pensión por cónyuge, PP: Pensión Propia.

G	Ed	EC	Esc	Cud	P
M	62	S	S	FNR	PC
M	67	V	MS	NFNR	NI
M	69	V	S	FNR	PP
M	75	C	S	FR	PP
M	76	D	S	FNR	PC
M	78	V	S	NFR	PP
M	86	V	MS	NFR	PP
M	89	S	MS	FNR	PP
M	91	V	MS	FR	PC
M	92	C	S	FR	PP

M	92	V	MS	NFR	NI
M	93	D	MS	NFR	PC
M	94	V	MS	FNR	PP
M	95	C	MS	FNR	PP
M	96	D	MS	NFR	PP

Tabla 3. Elaboración propia. Datos sociodemográficos participantes género femenino, su Edad, Estado civil S: Soltero, C: Con pareja, V: Viudo; escolaridad MS: Media superior, S: superior; Cuidador FNR: Familiar no remunerado, NFNR: No familiar no remunerado, FR: Familiar remunerado, NFR: No familiar remunerado; Pensión: NI: No tiene ingreso, PC: Pensión por cónyuge, PP: Pensión Propia.

Los participantes elegidos en un número equitativo en género, al considerar los rangos de edad se puede observar un predominio en edades mayores por las mujeres en el rango de 90 años a más, en los rangos 81-90 y 71-80 al contrario se reporta un predominio en hombres, y por último en el rango de 60-70 años una mínima ventaja de predominio femenino. En todos estos individuos es importante recordar que requieren un cuidador en el hogar, por compañía, seguridad o alguna discapacidad motora, cuidados especiales, apoyo en actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, así pues, no se debe comparar con una muestra demográfica general en la cual, según la bibliografía en todos los rangos de edad encontramos una diferencia mayor con las mujeres. (Welti-Chanes, 2011) En el estado civil encontramos una mayoría de estado de viudez, la cual por si sola representa un síndrome gerontológico, se observa una necesidad de cuidador en su mayoría en personas sin pareja o en estado de viudez, ya que en su mayoría el cuidador cuando existe la posibilidad es el o la misma pareja. La viudez es un factor importante en la vulnerabilidad del adulto mayor como factor negativo, y mayor riesgo

al maltrato (Peterson, 2014) En la escolaridad los participantes se dividieron en terminación de educación media y media superior. También uno de los factores de riesgo a resaltar por algunos autores es una inversa proporcionalidad entre mientras

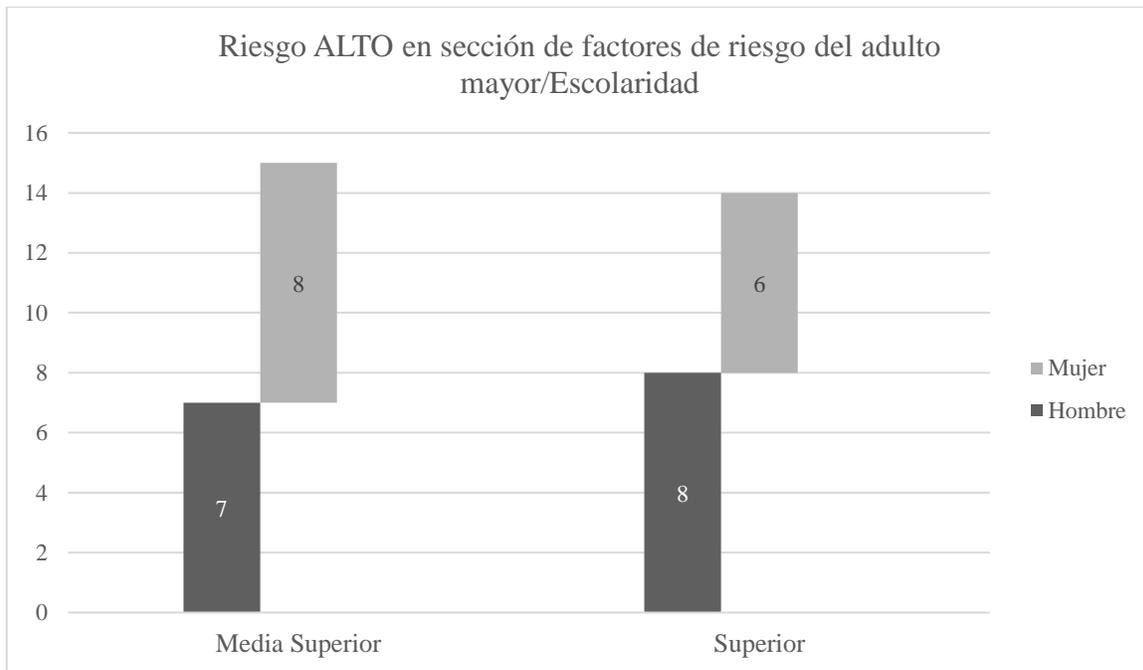


Gráfico 1. Participantes con resultante de riesgo ALTO en la sección de factores propios del adulto mayor en comparación con su escolaridad.

En Gráfico 1. Observamos que el riesgo ALTO a diferencia de la bibliografía citada nos ubica con una ligera ventaja en la escolaridad superior, sin embargo, el tamaño de la muestra y la diferencia entre media superior y superior realmente no se puede considerar suficiente comparada con estudios previos, son individuos que comparten un contexto sociocultural, que tienen una economía similar gracias a que su condición les permite contar con servicios de salud y cuidador en casa. Más adelante analizaremos cómo la escolaridad se relaciona con la construcción de percepción de riesgo o seguridad en los participantes. Escolaridad y riesgo de maltrato; es decir,

mientras más bajo el nivel educativo cursado mayor número de casos reportados de maltrato al adulto mayor se han reportado. Según el estudio de Sánchez 2016 los adultos mayores con mayor vulnerabilidad fueron los de bajo los adultos más vulnerables fueron los de bajo nivel de escolaridad mencionándose sobre todo en escolaridad media o nula, predominando la violencia psicológica, negligencia y el abandono.

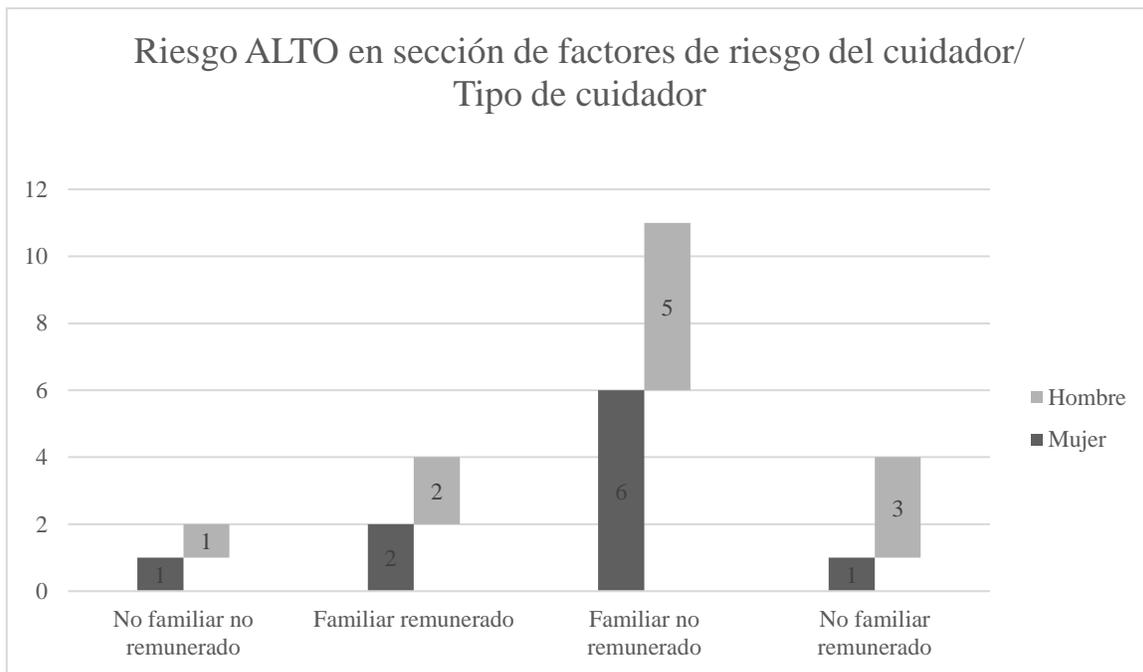


Gráfico 2. Participantes con resultante de riesgo ALTO en la sección de factores propios del cuidador en comparación con su tipo de cuidador.

El Riesgo alto se presentó en mayor medida en los cuidadores familiar no remunerado seguido de familiar remunerado, en concordancia con tantos estudios sobre violencia y abuso físico, psicológico, sexual, financiero entre otros que el principal violentador en su mayoría tristemente es alguien dentro de la misma familia. En el adulto mayor no difiere de aquella gran mayoría, sobre todo por la sobrecarga impuesta al cuidador familiar

sobre el adulto mayor. Se le impone al cuidador que debe hacer lo posible por mantener bien al adulto mayor porque es su familia y se le subestiman aquellas necesidades propias del individuo, individuales, en pareja en familia, físicas, sociales y económicas. La familia sabe que debe cuidar al adulto mayor porque es su familiar, sin considerar si tiene la fuerza, tiempo, salud física, mental, estabilidad financiera para hacerlo. En los participantes del estudio resaltan 2 tipos de cuidadores: por un lado, aquellos que son familia (hijos, cónyuges de los hijos, hermanos en mejores condiciones de salud) no remunerados en cantidad económica establecida por el servicio de cuidado, que en su mayoría comparten el hogar con el adulto mayor y cuentan con una cantidad de recursos muy limitada, ya sea por no tener empleo, por obtener sus fondos de la pensión del adulto mayor. Algo que resalta a nivel entrevista de enfoque cualitativo en los mismos sujetos cuidadores es que no cuentan con días libres disponibles, sin relevo determinado, y una presión fuerte por parte del adulto mayor y el resto de la familia. Llama la atención también que se describía una actitud de deuda y/o culpa en el cuidador (no solamente de responsabilidad hacia el adulto mayor) por vivir en el hogar del adulto mayor; por no pagar renta y tener un mínimo ingreso por parte del adulto mayor tenía la obligación o carga de administrarlo y sentir todavía una demanda de actitud de gratitud aun cuando la cantidad establecida no era suficiente, y las horas desgastantes para él o ella, su conyugue y familia en caso de tenerlos. Es aquí donde gracias al enfoque mixto de la investigación enlazamos un importante factor de riesgo de maltrato al adulto mayor, el burnout del cuidador o el decaimiento de la salud física, emocional y estabilidad financiera del cuidador, los cuales nos sitúan en un riesgo moderado a alto en maltrato del adulto mayor. Expresiones como la del participante Luis masculino de 93 años: “A ella (su hija/cuidadora) le doy mi pensión, y no tiene que pagar renta ni nada, por eso

puede estar aquí agosto sin hacer nada, nomás que no me pase algo”, y al momento de visualizar su estado de riesgo se evalúa una pensión propia baja, una casa con gastos de alimentación para 4 personas (adulto mayor, su hija y dos hijos más, masculino de 13 años y femenina de 16), pago de agua, gas, luz, internet y televisión por cable. Abrimos en detalle en la entrevista semiestructurada, cómo particularmente la pandemia había afectado su ritmo de vida. Los nietos del adulto mayor contaban con venta de burritos, paletas y otros alimentos en su escuela el hombre y accesorios y maquillaje la mujer, así mismo la cuidadora hija del adulto mayor tenía la necesidad de ser vendedora por catálogo, y su primordial ingreso económico era la venta de ropa de Estados Unidos que le proporcionaban en pacas para vender el fin de semana en el Tianguis Los Olivos de la ciudad de Hermosillo. Posterior a la pandemia, pierden la posibilidad de ganar dinero por cierre de escuelas (los sitios de venta de los nietos), cierre de frontera que llevó a una escasez e incremento de precio en las pacas de ropa importada, y cierre del tianguis sitio de venta; aun cuando al principio se intentó continuar ventas por redes sociales, el aislamiento obligado y el riesgo de contagio por COVID-19 al adulto mayor a su cuidado, convirtieron el hogar en el contexto de la contingencia en una situación precaria, difícil con múltiples conflictos emocionales, físicos y económicos. En el segundo escenario común encontrado de los cuidadores son aquellos que tienen un cuidador no familiar remunerado, donde se observa sino un gran índice de rotación del cuidador, un descenso en las horas de cuidado y elevación de cobro por hora del servicio. En su mayoría con perfil de técnico en cuidado de paciente en casa, o técnico en enfermería, o personas que por haber cuidado a algún familiar tomaron esa experiencia para cuidar a otro individuo y hacerlo oficialmente una profesión. En el caso de Patricia de 89 años con discapacidad para moverse por una caída por fractura de cadera en

enero de 2019, se le propuso a la señora que realizaba el aseo en casa, capacitarse en cuidados de curaciones, rotación, baño en cama y todo aquello que necesitara Patricia, encargándose de la casa y de ella con un mínimo aumento de sueldo, pero con la propuesta de un trabajo seguro por mínimo 3 meses. Al momento de cuestionar cómo la pandemia había afectado esta relación; Patricia nos menciona que fue difícil ya que muchos familiares de la cuidadora contratada se contagiaron de COVID o perdieron su trabajo entre ellos su cónyuge, al ser ella el único sustento estable en el hogar se mantiene en el hogar con Patricia durante casi toda la pandemia a excepción de 1 mes donde ella contrajo el virus de COVID-19 y mantuvo su distancia de Patricia por ese período de tiempo. Al necesitar la familia un cuidador de reemplazo les fue imposible continuar con el apoyo económico a la cuidadora sin estar asistiendo al cuidado de Patricia. Este deterioro en economía, salud mental, salud física que desencadenó la contingencia por COVID-19 convirtió un hogar con bajo riesgo de maltrato al adulto mayor a uno de riesgo alto a partir de todos los cambios laborales, el cansancio y aislamiento físico y emocional y un ambiente de miedo e incertidumbre. Otro ejemplo claro de los cambios en los factores de riesgo de manera agravante o emergente por la contingencia sanitaria COVID-19.

4.2 Encuesta

4.2.1 Adulto mayor

Adulto mayor

dra.lilliancastro@gmail.com (no compartidos) Cargar
Cambiar de cuenta

*Obligatorio

•Me he alejado de mis redes de apoyo como amigos, familia, grupos sociales posterior a la pandemia *

Si

No

•He presentado descontrol en mis enfermedades físicas y /o mentales por falta de citas médicas o estudios de rutina *

Si

No

•Mi economía se vio afectada fuertemente posterior a la pandemia *

Si

No

•Mis medicamentos y servicios básicos como las compras de comida se vieron limitadas *

Si

No

•Tuve en más de 3 ocasiones un episodio depresivo o de ansiedad que me impedía llevar a cabo mis actividades de la vida diaria *

Si

No

•El uso de las tecnologías fue causa de estrés ya que las desconocía previo a la contingencia *

Si

No

•Aumento en cualquier cantidad mi consumo de tabaco, alcohol , drogas o cualquier uso de medicamentos sin indicación médica *

Si

No

Imagen1. Formato Google forms apartado adulto mayor.

G	Ed	EC	Esc	Cud	P	1	2	3	4	5	6	7	RR
H	63	C	MS	FNR	PP	1	1	1	1	1	1	1	ALTO
H	65	D	S	NFR	PC	1	1	1	1				BAJO
H	74	C	MS	NFR	PP	1	1	1	1	1	1	1	ALTO
H	74	V	S	NFR	NI	1	1	1	1	1	1	1	ALTO
H	77	V	S	NFNR	PP	1	1	1	1	1		1	ALTO
H	79	C	S	FNR	PC	1	1	1	1	1	1	1	ALTO
H	82	V	MS	NFR	PP	1	1	1	1				MEDIO
H	83	S	MS	NFR	PC	1	1	1	1	1		1	MEDIO
H	84	C	S	FNR	PP	1	1	1	1	1	1		MEDIO
H	87	C	S	NFR	PC		1	1	1			1	BAJO
H	88	V	S	FR	PP	1	1			1	1	1	ALTO
H	89	C	MS	NFR	PP	1	1	1	1				BAJO

H	92	V	S	FNR	PC	1	1	1	1				ALTO
H	94	V	MS	FNR	PP	1	1	1	1	1	1		ALTO
H	96	C	MS	FR	PP		1	1	1	1		1	ALTO
M	62	S	S	FNR	PC	1	1	1	1		1	1	ALTO
M	67	V	MS	NFNR	NI		1	1	1			1	ALTO
M	69	V	S	FNR	PP	1	1	1	1	1		1	ALTO
M	75	C	S	FR	PP	1	1	1	1	1	1		ALTO
M	76	D	S	FNR	PC	1	1	1	1	1	1	1	ALTO
M	78	V	S	NFR	PP	1	1	1	1	1	1		MEDIO
M	86	V	MS	NFR	PP	1	1	1	1			1	MEDIO
M	89	S	MS	FNR	PP	1	1	1	1	1	1	1	ALTO
M	91	V	MS	FR	PC	1	1	1	1			1	ALTO
M	92	C	S	FR	PP	1	1		1	1	1	1	BAJO
M	92	V	MS	NFR	NI	1		1	1				NULO
M	93	D	MS	NFR	PC	1	1	1	1	1	1		BAJO
M	94	V	MS	FNR	PP	1	1	1	1	1	1	1	ALTO
M	95	C	MS	FNR	PP		1	1	1		1	1	ALTO
M	96	D	MS	NFR	PP	1	1	1	1				BAJO

Tabla 4. Elaboración propia. Encuesta Resultados en Hombre y Mujer por Edad apartado

adulto mayor, Estado civil S: Soltero, C: Con pareja, V: Viudo; escolaridad MS: Media superior, S: superior; Cuidador FNR: Familiar no remunerado, NFNR: No familiar no remunerado, FR: Familiar remunerado, NFR: No familiar remunerado; Pensión: NI: No tiene ingreso, PC: Pensión por cónyuge, PP: Pensión Propia. Respuesta positiva del factor de riesgo con la pregunta: 1. Me he alejado de mis redes de apoyo como amigos, familia, grupos sociales posterior a la pandemia, 2. He presentado descontrol en mis enfermedades físicas y /o mentales por falta de citas médicas o estudios de rutina, 3. Mi economía se vio afectada fuertemente posterior a la pandemia, 4. Mis medicamentos y servicios básicos como las compras de comida se vieron limitadas, 5. Tuve en más de 3 ocasiones un episodio depresivo o de ansiedad que me impedía llevar a cabo mis actividades de la vida diaria, 6. El uso de las tecnologías fue causa de estrés ya que las desconocía previo a la contingencia, 7. Aumento en cualquier cantidad mi consumo de tabaco, alcohol , drogas o cualquier uso de medicamentos sin

indicación médica. AM: Total de reactivos positivos de factores de riesgo en el adulto mayor hacia el maltrato. RIESGO REAL: Suma Total de sección de riesgo Adulto mayor, Cuidador y Ambiente con Riesgo a maltrato al adulto mayor, clasificado como riesgo: nulo 0, bajo 1, medio 2 alto 3.

Las redes e interacciones robustas sociales para Irfan y Belluz, 2020 mejoran la salud de personas mayores. Aun cuando es posible una situación de aislamiento social sin soledad, y es posible estar solo sin el aislamiento social, ambas situaciones han demostrado ser factores de riesgo para dañar la salud física y mental de los adultos mayores. Los adultos mayores entran en una constante de revisiones y atenciones médicas en su mayoría por enfermedades crónico-degenerativas como la Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemias entre otros, lo cual demanda visitas frecuentes en centros de atención primaria o en su hogar con el fin de tener control y prevención de complicaciones de las patologías presentes en cada uno de ellos. La propagación del virus COVID-19 también obstaculizó el acceso al tratamiento y atención de enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores poniéndoles en riesgo de complicaciones e incluso la muerte por patologías distintas al virus. Al momento de solicitar atención por patología asociada a COVID o de otra etiología el adulto mayor también se vio discriminado por un desfavorable triage que ponía en primer lugar a las personas más jóvenes en atención médica de urgencia. Sin mencionar el riesgo que representaba para ellos el exponerse a una sala de espera o camilla de hospital con riesgo de contagio al virus. En el aislamiento del individuo encontramos una sobreestimulación de noticias emergentes trágicas, que emiten desesperanza, miedo, soledad y vulnerabilidad, una angustia agregada al sentimiento

talvez de soledad o falta de contacto físico con familiares y amigos (Wang, 2020)

Según Naranjo, 2021 en su estudio sobre el estado emocional de los adultos mayores en aislamiento social por COVID-19 un estudio descriptivo, transversal, entre mayo y junio de 2020 se concluyó que el aislamiento como medida para prevenir contagios resultó en estados emocionales no identificados en sus sujetos de estudio. Los participantes confirmaron este mismo hallazgo en gran medida, con la respuesta positiva en 18 participantes que afirmaron haber tenido en las de 3 ocasiones un episodio depresivo o de ansiedad que les impedía llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, así como el aumento en 19 de los sujetos afirmaron aumentar su consumo de tabaco, alcohol, drogas o medicamentos sin indicación médica, mostrando un deterioro en el ritmo de vida, resultando en aumentos de los factores de riesgo de maltrato al adulto mayor. Los factores de riesgo propios del adulto mayor se notaron con predominio en el género masculino, indicándonos que aún con una escolaridad media superior o superior dentro del contexto de la pandemia, los factores se vieron afectados y elevados.

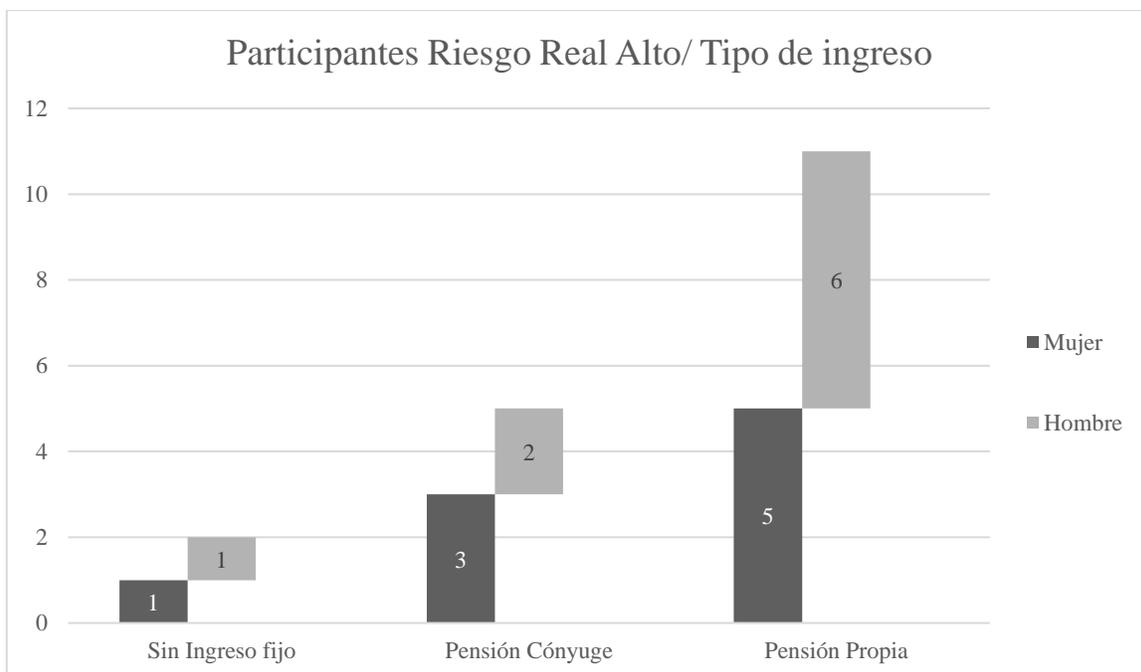


Gráfico 3. Elaboración propia. Participantes con riesgo real alto y su tipo de ingreso.

Resalta dentro de los individuos con resultado de alto riesgo real que aquellos con pensión propia de predominio hombres son los más afectados, el mantener una pensión no los fortalece sino al parecer representa un signo de oportunidad para ser víctimas de maltrato, físico, emocional o financiero donde su cuidador o el familiar visualiza una oportunidad haciendo al adulto mayor, presa vulnerable y frágil con ganancia posterior al maltrato. Cuando existe el ingreso por pensión del cónyuge existe rivalidad o diferencia mencionada en las entrevistas por varios participantes, donde se disputa el derecho del acceso a ese ingreso sobre todo por los hijos del cónyuge fallecido. Aun cuando, el cónyuge legalmente tiene el derecho absoluto de esa pensión y la cantidad no pasa de los 3 mil pesos mexicanos al mes, los familiares discuten su lugar y pertenencia al ingreso, al inmueble o argumentan dificultades financieras porque asumen que el adulto mayor tiene más que suficiente para sobrevivir. Un campo

amplio para investigaciones futuras, ya que se avecina un futuro de adultos mayores en mayoría demográfica, con o sin pensión, valdría la pena calcular y valorar si en contexto sociocultural actual y futuro, es suficiente una pensión única propia o del cónyuge. En nuestros participantes, Gloria mantiene su pensión que le permite hacer sus compras básicas y tener sus pequeños ahorros para los cumpleaños de los nietos o las comidas familiares que procura cada mes. Posterior a la pandemia, Gloria como parte de las medidas de aislamiento por la contingencia sanitaria COVID-19 se vio en la necesidad de entregar su tarjeta de pensión a uno de sus hijos para que tuviera el acceso al banco y supermercado y llevarle sus artículos de despensa y necesidad básicas; en un inicio, todo sucedía de manera armoniosa su hijo retiraba del cajero para ir al supermercado y comprar lo que Gloria le encargaba en una lista, e incluso ella mencionada 100 pesos extras para darle como gastos de gasolina que su hijo nunca tomaba. Al pasar los meses, la esposa de su hijo pierde su trabajo, con 3 hijos y un solo ingreso, el hijo de Gloria tuvo que tomar turno doble en su trabajo y la esposa se convirtió en la cuidadora tiempo completo de Gloria junto con su hija. La pensión que retiraban que antes era despensa para una, se tuvo que ajustar para 4 personas más el poco ingreso que llegaba del trabajo de su hijo, aún con el doble turno. Gloria al ser diabética insulino dependiente requería asistir a sus citas médicas para que le surtieran la insulina en carro o Uber con hielera en mano para mantener la integridad de su tratamiento y la compra de jeringas, en 2020 esto fue imposible y en una ocasión se vieron en la necesidad de comprar el tratamiento, a lo cual la nuera se negó ya que “era mucho gasto” aun cuando ella vivía en el hogar de Gloria y se sirvieron por meses de su pensión, la negativa del tratamiento hizo que Gloria tuviera un descontrol de su glicemia, complicando una infección de vías urinarias que la llevó en marzo 2020 al

hospital. Al darse de Alta después de un tratamiento complejo y padecer COVID dentro del hospital, regresa a un hogar descuidado, sin mucho apoyo, frágil y dependiente.

4.2.2 Cuidador

Cuidador

•Mi cuidador tiene problemas con pagar sus cuentas de vivienda, escolaridad, servicios básicos *

Sí

No

• Mi cuidador no tiene el mismo tiempo para atenderme mente *

si

no

•En su hogar o familia mi cuidador tuvo que sobrellevar casos de enfermedad COVID o no *

Sí

No

Mi cuidador tuvo más demanda por otro enfermos (familiares o no) *

Sí

No

•Mi cuidador se presentaba impaciente, cansado, ansioso con mayor frecuencia *

Sí

No

•Mi cuidador aumento o inicio con uso de sustancias o relapso *

si

No

• A mi cuidador le resulta difícil encontrar alguien que pueda hacer relevo *

Sí

No

•Mi cuidador no puede ejercitarse físicamente *

si

no

Imagen2. Formato Google forms apartado Cuidador

G	Ed	EC	Esc	Cud	P	1	2	3	4	5	6	7	8	RR
H	63	C	MS	FNR	PP	1	1	1	1	1		1	1	ALTO
H	65	D	S	NFR	PC		1	1		1				BAJO
H	74	C	MS	NFR	PP	1	1	1	1	1	1	1	1	ALTO
H	74	V	S	NFR	NI	1	1	1	1	1	1	1	1	ALTO
H	77	V	S	NFNR	PP	1	1	1		1		1	1	ALTO
H	79	C	S	FNR	PC	1	1	1	1	1	1	1	1	ALTO
H	82	V	MS	NFR	PP	1	1	1		1			1	MEDIO
H	83	S	MS	NFR	PC		1	1		1				MEDIO
H	84	C	S	FNR	PP	1	1	1		1			1	MEDIO

H	87	C	S	NFR	PC	1		1		1			1	BAJO
H	88	V	S	FR	PP	1	1	1		1		1	1	ALTO
H	89	C	MS	NFR	PP	1	1			1				BAJO
H	92	V	S	FNR	PC	1	1	1		1			1	ALTO
H	94	V	MS	FNR	PP	1	1	1		1			1	ALTO
H	96	C	MS	FR	PP	1	1	1		1		1	1	ALTO
M	62	S	S	FNR	PC	1	1	1	1	1		1	1	ALTO
M	67	V	MS	NFNR	NI	1	1	1	1	1		1	1	ALTO
M	69	V	S	FNR	PP	1	1	1	1	1			1	ALTO
M	75	C	S	FR	PP	1		1		1		1	1	ALTO
M	76	D	S	FNR	PC	1	1	1	1	1	1	1	1	ALTO
M	78	V	S	NFR	PP		1	1		1		1	1	MEDIO
M	86	V	MS	NFR	PP	1	1			1				MEDIO
M	89	S	MS	FNR	PP	1	1	1	1	1	1	1	1	ALTO
M	91	V	MS	FR	PC	1	1	1		1		1	1	ALTO
M	92	C	S	FR	PP		1			1				BAJO
M	92	V	MS	NFR	NI	1	1	1		1				NULO
M	93	D	MS	NFR	PC	1	1			1				BAJO
M	94	V	MS	FNR	PP	1	1	1	1	1	1	1	1	ALTO
M	95	C	MS	FNR	PP	1	1	1		1		1		ALTO
M	96	D	MS	NFR	PP	1	1			1				BAJO

Tabla 5. Elaboración propia. Encuesta Resultados en Hombre y Mujer por Edad apartado cuidador, Estado civil S: Soltero, C: Con pareja, V: Viudo; escolaridad MS: Media superior, S: superior; Cuidador FNR: Familiar no remunerado, NFNR: No familiar no remunerado, FR: Familiar remunerado, NFR: No familiar remunerado; Pensión: NI: No tiene ingreso, PC: Pensión por cónyuge, PP: Pensión Propia. Respuesta positiva del factor de riesgo con la pregunta: 1. Mi cuidador tiene problemas con pagar sus cuentas de vivienda, escolaridad, servicios básicos, 2. Mi cuidador no tiene el mismo tiempo para atenderme, 3. En su hogar o familia mi cuidador tuvo que sobrellevar casos de enfermedad COVID o no, 4. Mi cuidador tuvo más demanda por otros enfermos (familiares o no, 5. Mi cuidador se presentaba impaciente, cansado, ansioso con mayor frecuencia, 6. Mi cuidador aumento o inicio con uso de sustancias o relapso, 7. A mi

cuidador le resulta difícil encontrar alguien que pueda hacer relevo, 8. Mi cuidador no puede ejercitarse físicamente. CDR: Total de reactivos positivos de factores de riesgo en el cuidador hacia el maltrato. RIESGO REAL: Suma Total de sección de riesgo Adulto mayor, Cuidador y Ambiente con Riesgo a maltrato al adulto mayor, clasificado como riesgo: nulo 0, bajo 1, medio 2 alto 3.

Dentro de la contingencia sanitaria por COVID-19 nuestro cuidador también se ve gravemente afectado gracias a limitación o ausencia de equipos necesarios para la atención/rehabilitación/terapias dirigidas al adulto mayor, ausencia o escasez de transporte económico y seguro hacia los lugares de trabajo, dificultad para conseguir relevos suficientes que permitan un adecuado desarrollo del individuo como cuidador, actividades básicas como una buena alimentación, ejercicio y convivencia que deterioran al ser biopsicosocial, lo bombardean con un doble estrés por un lado el cuidado de su adulto mayor y por otro el miedo por riesgo de infección genera en ellos mayor ansiedad traducida en menor tolerancia para el adulto mayor encaminándose hacia una situación de maltrato. Para la cuidadora de Guadalupe femenina de 76 años “no existió un respiro en estos dos años”, Guadalupe requiere el cuidado de su nuera en casa ya que debido a un Evento Cerebro Vascular (EVC) tiene imposibilitado todo su lado derecho, y requiere apoyo para sus funciones básicas, comida, baño, higiene, vestimenta entre otros, al tener su EVC en diciembre del 2018 ella se atendía en una institución privada para sus consultas médicas así como terapias de rehabilitación que capacitaron a su cuidadora para el uso del equipo necesario y técnicas para terapia en el hogar. Un equipo que se rentaba y permitía una mejora gradual de los arcos de movimientos de Guadalupe, dirigiéndose a una independencia lenta pero progresiva.

En marzo 2020, que inicia la contingencia sanitaria por COVID-19 cesan los servicios de renta de equipo y apoyo de los capacitadores para la cuidadora de Guadalupe, las salidas que ocasionalmente tenía Guadalupe con el resto de su familia se suspenden y su hijo, esposa (la cuidadora de Guadalupe) se ven en la necesidad de llevarse a Guadalupe a su hogar para no someterse a ningún transporte público o movilización, ya que en esos meses, una medida establecida fue la de no transitar en automóvil a menos que fuera con una razón médica o a negocios esenciales. El apoyo económico del resto de los hijos de Guadalupe que hasta ese día sobrepasaban los 8 mil mensuales se convirtieron en promesas, ya que todos presentaban sus propios problemas de desempleo, enfermedades, o cuidados y enseñanza de sus hijos en casa. La cuidadora entonces recibe un aislamiento en su hogar, con necesidad de adaptar los espacios para Guadalupe, la cual no recibe visita, ni salidas, sin terapia ni relevos a su cuidado. Es entonces cuando su esposo con empleo en empresa esencial(supermercado) se contagia por COVID-19 y se ve en la necesidad de ser hospitalizado. El deterioro de las semanas en hospitalización del esposo con la incertidumbre del pronóstico de este desencadenó un deterioro emocional y físico en la cuidadora, así como una situación económica grave por la falta del ingreso del esposo. A pesar de solicitar apoyo al resto de la familia en dinero o atención hacia Guadalupe, no se tuvo ninguna respuesta, lo que orillo a la cuidadora a buscar empleo hasta doble turno en una maquiladora, para llegar a casa con el cansancio de la jornada laboral y encontrar a Guadalupe molesta, descuidada e irritable, obligada al uso de pañal y alimentación fría en licuados y escasa. Guadalupe y su cuidadora son un claro ejemplo de la vulnerabilidad aumentada ocasionada por la contingencia sanitaria COVID-19 en factores de riesgo relativos al cuidador.

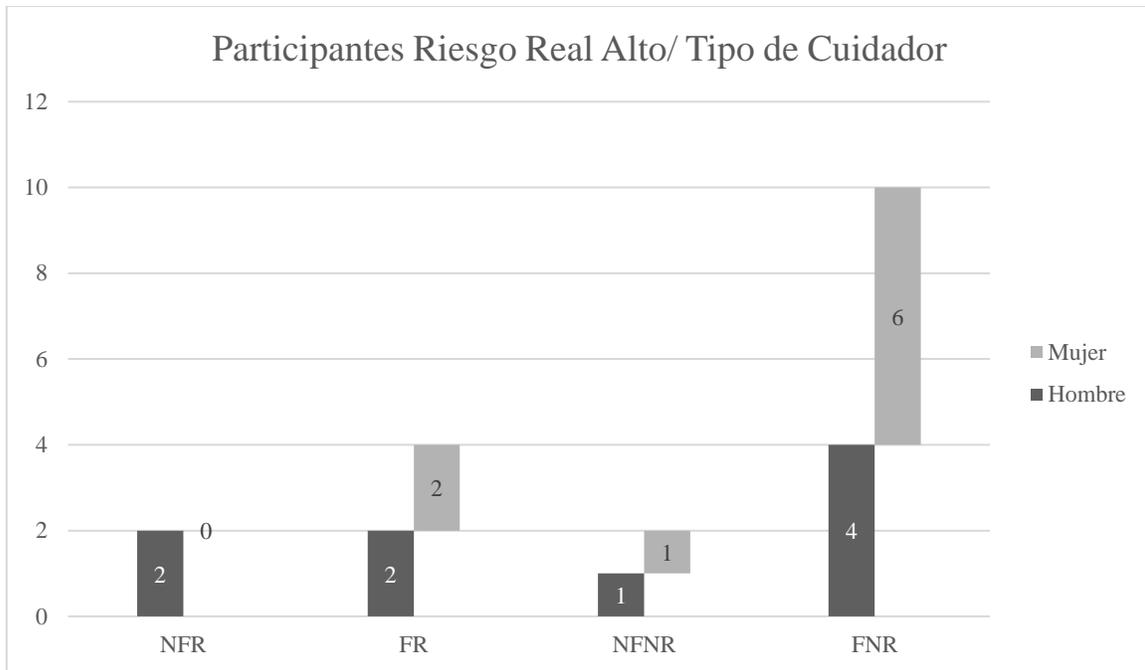


Gráfico 4. Elaboración propia. Participantes con riesgo real alto y su tipo de cuidador. NFR: No familiar remunerado, FR: Familiar Remunerado, NFNR: No familiar no remunerado, FNR: Familiar no remunerado.

Los participantes de Riesgo real alto demostraron una interesante relación con los familiares no remunerados, demostrándonos al igual que en otros estudios similares que la consanguineidad o vínculos políticos familiares no son sinónimos de seguridad y confort. Al contrario, dentro de los resultados se observa un alza importante en aquellos cuyo cuidador principal es un familiar que no recibe un pago por el trabajo de cuidador que implica tiempo, esfuerzo, estabilidad familiar y social, salud física y mental y equilibrio financiero. La decisión de no tomar en forma seria y real el trabajo de cuidador como lo que es: un trabajo, que demanda horas, que probablemente no tiene días de descanso, vacaciones, hora de comida, prestaciones, ni checadore de salida, nos lleva en un camino directo al “burnout” del cuidador.

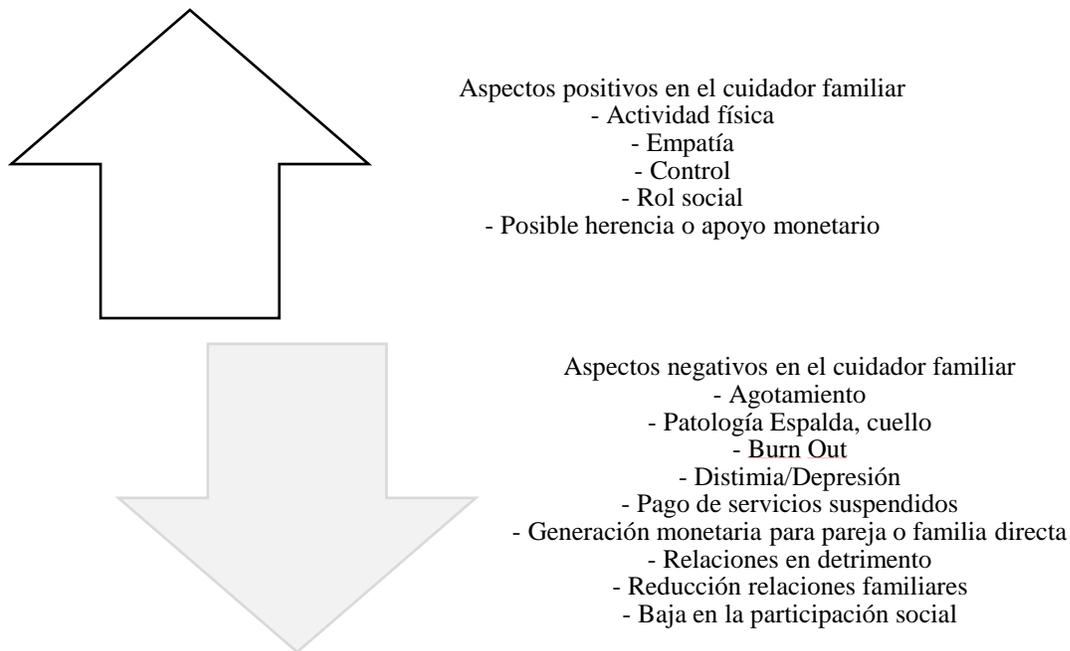


Figura 6. Elaboración propia. Aspectos positivos y negativos de un cuidador del adulto mayor que es familiar del mismo.

La visión requerida para el análisis de las implicaciones positivas y negativas de un cuidador es compleja e integral, debe tomar en cuenta la economía individual del cuidador y el adulto mayor, pero a largo plazo debe considerar sus implicaciones a nivel de gasto público, ya que el deterioro o burnout del cuidador conlleva a una vulnerabilidad en aumento con reducción de ahorros, pensiones y baja en salud no solamente del adulto mayor, sino del cuidador. Un aparente desvío de gasto pública con un cuidador familiar, resulta ser una mala inversión que en un futuro no tan lejano agota las capacidades físicas, emocionales y financieras del individuo, su familia y la sociedad. (García, 2009).

4.2.3 Ambiente

Ambiente

•Las medidas por aislamiento social han afectado mi salud mental *

Sí

No

•Las medidas que restringen la movilidad del adulto mayor no me permiten hacer mis actividades básicas *

sí

No

•No cuento con la tecnología o conocimiento necesario en ellas para mantenerme activa, conectada y poder tener acceso a servicios de salud o básicos. *

sí

No

•Mis ingresos por pensión/jubilación/inversiones externas se vieron muy afectadas *

Sí

No

• Solicité y no tuve acceso a servicios de atención a urgencias no COVID o no medicas en una ocasión . *

Sí

No

Imagen 3. Formato Google forms apartado ambiente

G	Ed	EC	Esc	Cud	P	1	2	3	4	5	RR
H	63	C	MS	FNR	PP	1	1			1	ALTO
H	65	D	S	NFR	PC						BAJO
H	74	C	MS	NFR	PP	1	1	1	1		ALTO
H	74	V	S	NFR	NI	1	1	1	1		ALTO
H	77	V	S	NFNR	PP	1	1	1	1		ALTO
H	79	C	S	FNR	PC	1	1		1	1	ALTO
H	82	V	MS	NFR	PP	1	1				MEDIO
H	83	S	MS	NFR	PC	1	1			1	MEDIO
H	84	C	S	FNR	PP	1	1				MEDIO
H	87	C	S	NFR	PC	1	1				BAJO
H	88	V	S	FR	PP	1	1	1		1	ALTO
H	89	C	MS	NFR	PP		1				BAJO
H	92	V	S	FNR	PC	1	1	1			ALTO
H	94	V	MS	FNR	PP	1	1	1		1	ALTO
H	96	C	MS	FR	PP	1	1	1			ALTO
M	62	S	S	FNR	PC	1	1	1	1		ALTO
M	67	V	MS	NFNR	NI	1	1	1			ALTO
M	69	V	S	FNR	PP	1	1	1		1	ALTO
M	75	C	S	FR	PP	1	1			1	ALTO
M	76	D	S	FNR	PC	1	1	1	1		ALTO

M	78	V	S	NFR	PP	1	1				MEDIO
M	86	V	MS	NFR	PP	1	1			1	MEDIO
M	89	S	MS	FNR	PP	1	1	1	1		ALTO
M	91	V	MS	FR	PC	1	1	1			ALTO
M	92	C	S	FR	PP		1				BAJO
M	92	V	MS	NFR	NI		1	1			NULO
M	93	D	MS	NFR	PC	1	1				BAJO
M	94	V	MS	FNR	PP	1	1	1	1		ALTO
M	95	C	MS	FNR	PP	1	1	1		1	ALTO
M	96	D	MS	NFR	PP						BAJO

Tabla 6. Elaboración propia. Encuesta Resultados en Hombre y Mujer por Edad apartado ambiente, Estado civil S: Soltero, C: Con pareja, V: Viudo; escolaridad MS: Media superior, S: superior; Cuidador FNR: Familiar no remunerado, NFNR: No familiar no remunerado, FR: Familiar remunerado, NFR: No familiar remunerado; Pensión: NI: No tiene ingreso, PC: Pensión por cónyuge, PP: Pensión Propia. Respuesta positiva del factor de riesgo con la pregunta: 1. Las medidas por aislamiento social han afectado mi salud mental, 2. Las medidas que restringen la movilidad del adulto mayor no me permiten hacer mis actividades básicas, 3. No cuento con la tecnología o conocimiento necesario en ellas para mantenerme activa, conectada y poder tener acceso a servicios de salud o básicos, 4. Mis ingresos por pensión/jubilación/inversiones externas se vieron muy afectadas, 5. Solicité y no tuve acceso a servicios de atención a urgencias no COVID o no medicas en una ocasión . AMB: Total de reactivos positivos de factores de riesgo en el ambiente hacia el maltrato. RIESGO REAL: Suma Total de sección de riesgo Adulto mayor, Cuidador y Ambiente con Riesgo a maltrato al adulto mayor, clasificado como riesgo: nulo 0, bajo 1, medio 2 alto 3.

Ubaldo de 82 años cuenta con un cuidador familiar remunerado a partir de su viudez en 2018, en un inicio indicado para compañía y posteriormente necesario para apoyo en el cuidado por una amputación de miembro inferior derecho consecuencia de su Diabetes Mellitus tipo II. Su cuidador es su sobrino, el cual recibe semanalmente 1500 pesos, y vive libre de renta y servicios con Ubaldo mientras está a su cuidado. En la contingencia sanitaria, se vieron con la necesidad de solicitar uso de ambulancia en dos ocasiones sin respuesta por la alta demanda de estas, por descontrol de glucémicos de Ubaldo, sus medicamentos ya no podían ser surtidos con la misma frecuencia por lo que se necesitaba que su cuidador los buscara. Los ingresos de base para la estabilidad del hogar son gracias a contratos de renta de dos apartamentos contiguos al mismo hogar. Gracias a reglamentaciones permisivas de liberación de contrato por COVID-19, perdieron los inquilinos de los departamentos sin cuotas de castigo y dejándolos con cuotas de servicio de agua y luz pendientes. Así, el ambiente y regulaciones nuevas por COVID-19 no solo ayudaron sino perjudicaron en gran medida los ingresos y condiciones de este adulto mayor y muchos más que vivían de sus rentas.

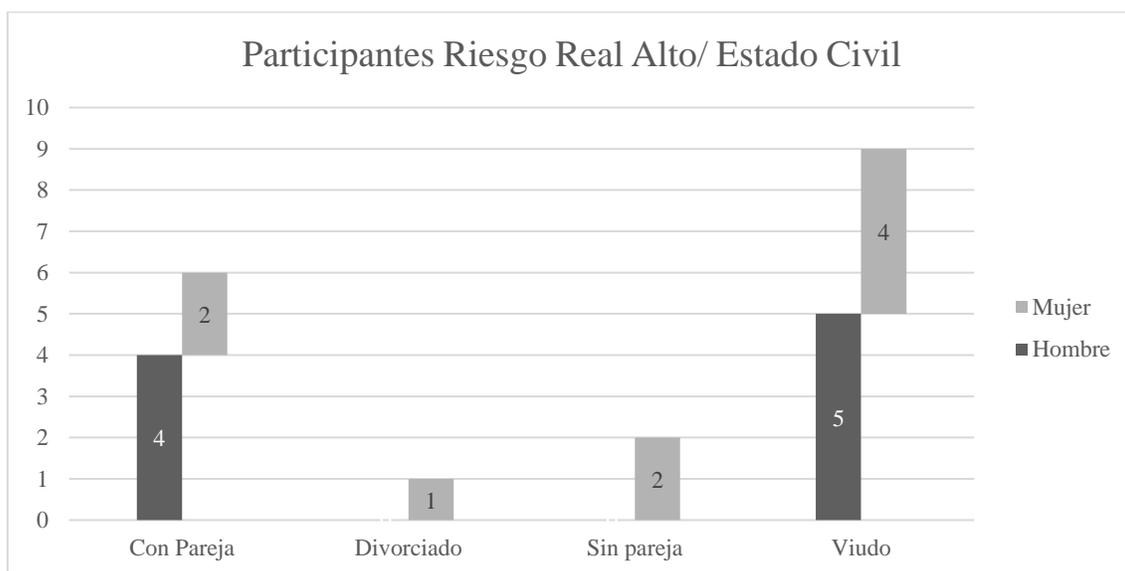


Gráfico 5. Elaboración propia. Participantes con riesgo real alto y su estado civil.

La viudez se representa como un síndrome gerontológico con implicaciones físicas, emocionales y sociales que impactan en el individuo; cada uno de ellos con factores atenuantes y agravantes, como la resiliencia e inteligencia emocional que el individuo desarrolló, el apego y relación que se tenía con el cónyuge difunto y sobre todo la productividad o función que tiene el viudo o viuda posterior a la muerte de su pareja, es decir, que rol y función le otorgamos al adulto mayor una vez que su parte de pareja se ve extinguida. Ramón, uno de nuestros participantes sintió más que una pérdida al enviudar hace ya 2 años, una pérdida de su pareja, compañera de vida, mejor amiga, confidente pero también perdió su lugar en casa; Ramón se vio sin su parte dentro de su mismo hogar. Aun cuando, los hijos lo alentaban a nuevas actividades o a vivir en un hogar con alguno de ellos Ramón se percibía como una carga para los hijos, ya que su rutina diaria y su trabajo era estar al cuidado y pendiente de su esposa Amelia; hacerle su café cada mañana, pelear por la compra incesante de plantas nuevas para el jardín, hacer espacio en el patio entre todas sus herramientas para que ella pudiera tener su café con las amistades. Agradecido por que a su esposa no le tocó el tiempo COVID-19 debido a su fallecimiento por cáncer de mama, se desborda en él una pérdida de motivación y esperanza. Nutricionalmente Ramón no desayuna igual, ya que no tiene que preparar el café por la mañana, así que espera a que la sensación de hambre llega a él; en ocasiones no llega, gracias a ello desarrolla una sarcopenia que continúa tratando de superar. Un aspecto social como la viudez el estado civil, repercute en el estado de ánimo la salud mental, y conlleva a un deterioro físico real haciendo a Ramón un individuo frágil y vulnerable. Aun si el riesgo de ser maltratado

requiere de diversos factores multidimensionales en el caso de Ramón, ésta sería de eventos desafortunados a partir de su viudez nos reafirma la relevancia que tienen cada uno de los aspectos en el individuo, en el cuidador y en el ambiente para llegar a una situación tan trágica como la del maltrato hacia el adulto mayor.

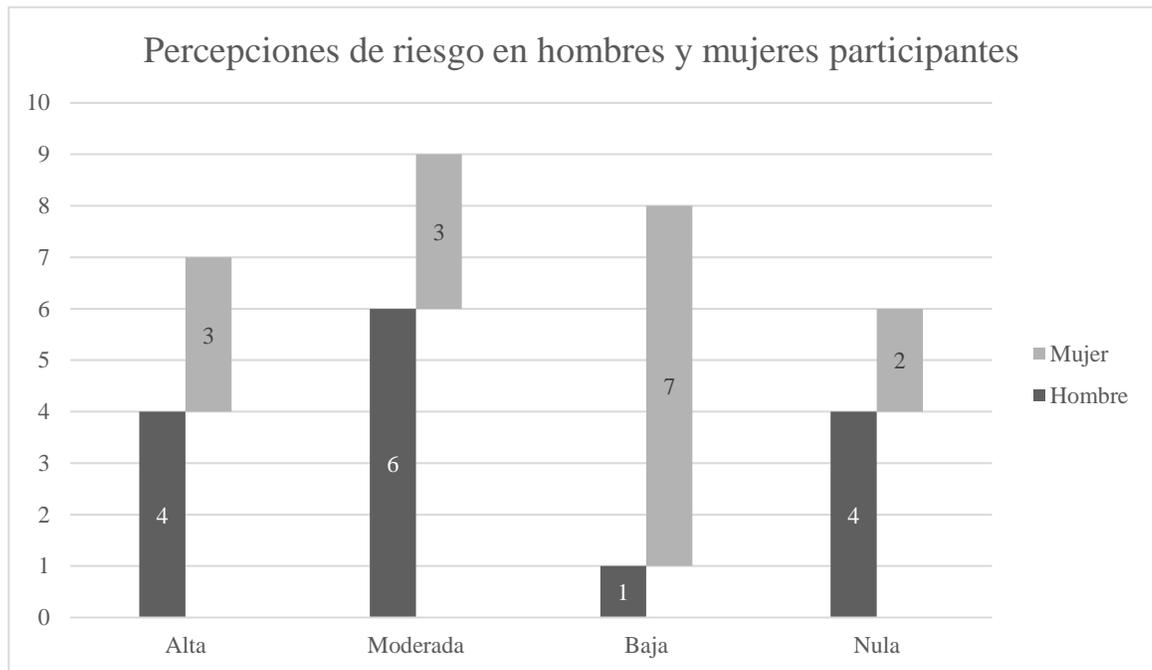
4.3 Entrevista

En las entrevistas resalta una percepción de riesgo moderada, seguida de alta constatando la afeción de percepción acorde a la codificación de emociones en miedo, inseguridad, incertidumbre, enfermedad, soledad, desesperanza, muerte. Sin duda el fenómeno mundial con sus implicaciones multidimensionales por brote de COVID-19 llegó para fortalecer sensaciones de fragilidad, desigualdad, discriminación, miedo e inseguridad con especial énfasis en una población ya de por sí invisibilizada y vulnerable, el adulto mayor. En los resultados ya codificados y categorizados en su respectivo rango de percepción de riesgo, podemos observar que en los hombres se presenta una percepción de riesgo nulo comparado con las mujeres. A continuación, se hace comparación de resultados de la percepción de riesgo nulo, bajo, moderado y alto con cada uno de los apartados de la encuesta, se omiten los nombres por respeto a la identidad de los participantes. Calificándose cada apartado de la siguiente manera: NULO: 2 Percepciones de seguridad 0 percepción de riesgo, BAJO: 2 Percepciones de seguridad 2 Percepciones de riesgo, MODERADO: 1 percepción de seguridad 2 percepciones de riesgo, ALTO: 0 Percepciones de seguridad y 3 percepciones de riesgo. En la tabla 6. Se desglosan los participantes con género y edad y la categorización en las codificaciones de percepción de seguridad y de riesgo, así como su resultado.

G	Ed	Miedo, inseguridad, Fragilidad, Enfermedad, Muerte	Soledad, Desesperanza, desamparo	Dependencia, Invalidez, Discapacidad	Seguridad, Calma, Salud, Estabilidad	Compañía, Resguardo, Cobijo	Independencia, fuerza, fortaleza	PERCEPCION REAL
H	63	1		1	1			MODERADA
H	65					1	1	NULA
H	74				1	1		NULA
H	74	1	1			1		MODERADA
H	77	1	1	1				ALTA
H	79	1	1	1				ALTA
H	82					1	1	NULA
H	83		1	1		1	1	BAJA
H	84	1		1		1		MODERADA
H	87				1	1	1	NULA
H	88	1		1	1			MODERADA
H	89	1	1	1				ALTA
H	92		1	1	1			MODERADA
H	94	1		1		1		MODERADA
H	96	1	1	1				ALTA
M	62	1	1	1				ALTA
M	67	1	1			1	1	BAJA
M	69		1	1	1	1		BAJA
M	75		1	1		1		MODERADA
M	76	1	1			1	1	BAJA
M	78	1	1			1	1	BAJA
M	86	1		1	1		1	BAJA
M	89	1	1	1				ALTA
M	91					1	1	NULA
M	92				1	1		NULA
M	92	1	1	1				ALTA
M	93	1	1			1	1	BAJA
M	94	1		1	1			MODERADA
M	95	1	1		1	1		BAJA
M	96	1	1			1		MODERADA

Tabla 7. Elaboración propia. Participantes por género y edad con su resultado de codificación en percepción de riesgo de maltrato. G: Género, Ed: Edad, de los participantes y su clasificación por códigos en percepción de seguridad y percepción de riesgo.

Percepción de riesgo resultante, nula, baja, moderada o alta.



Gráfica 6. Elaboración propia. Resultado de las percepciones de riesgo en los participantes por género. Mujeres con predominio en la percepción moderada de riesgo y la baja en hombres, seguida de alta y moderada en ambos casos y nula en hombres.

4.4 Contraste y discusión

G	Ed	EC	Esc	Cud	P	RR	PR
H	63	C	MS	FNR	PP	ALTO	MODERADA
H	65	D	S	NFR	PC	BAJO	NULA
H	74	C	MS	NFR	PP	ALTO	NULA
H	74	V	S	NFR	NI	ALTO	MODERADA
H	77	V	S	NFNR	PP	ALTO	ALTA
H	79	C	S	FNR	PC	ALTO	ALTA
H	82	V	MS	NFR	PP	MEDIO	NULA
H	83	S	MS	NFR	PC	MEDIO	BAJA
H	84	C	S	FNR	PP	MEDIO	MODERADA
H	87	C	S	NFR	PC	BAJO	NULA
H	88	V	S	FR	PP	ALTO	MODERADA
H	89	C	MS	NFR	PP	BAJO	ALTA
H	92	V	S	FNR	PC	ALTO	MODERADA
H	94	V	MS	FNR	PP	ALTO	MODERADA

H	96	C	MS	FR	PP	ALTO	ALTA
M	62	S	S	FNR	PC	ALTO	ALTA
M	67	V	MS	NFNR	NI	ALTO	BAJA
M	69	V	S	FNR	PP	ALTO	BAJA
M	75	C	S	FR	PP	ALTO	MODERADA
M	76	D	S	FNR	PC	ALTO	BAJA
M	78	V	S	NFR	PP	MEDIO	BAJA
M	86	V	MS	NFR	PP	MEDIO	BAJA
M	89	S	MS	FNR	PP	ALTO	ALTA
M	91	V	MS	FR	PC	ALTO	NULA
M	92	C	S	FR	PP	BAJO	NULA
M	92	V	MS	NFR	NI	NULO	ALTA
M	93	D	MS	NFR	PC	BAJO	BAJA
M	94	V	MS	FNR	PP	ALTO	MODERADA
M	95	C	MS	FNR	PP	ALTO	BAJA
M	96	D	MS	NFR	PP	BAJO	MODERADA

Tabla 8. Elaboración propia. Contraste Participantes datos demográficos contra riesgo real y

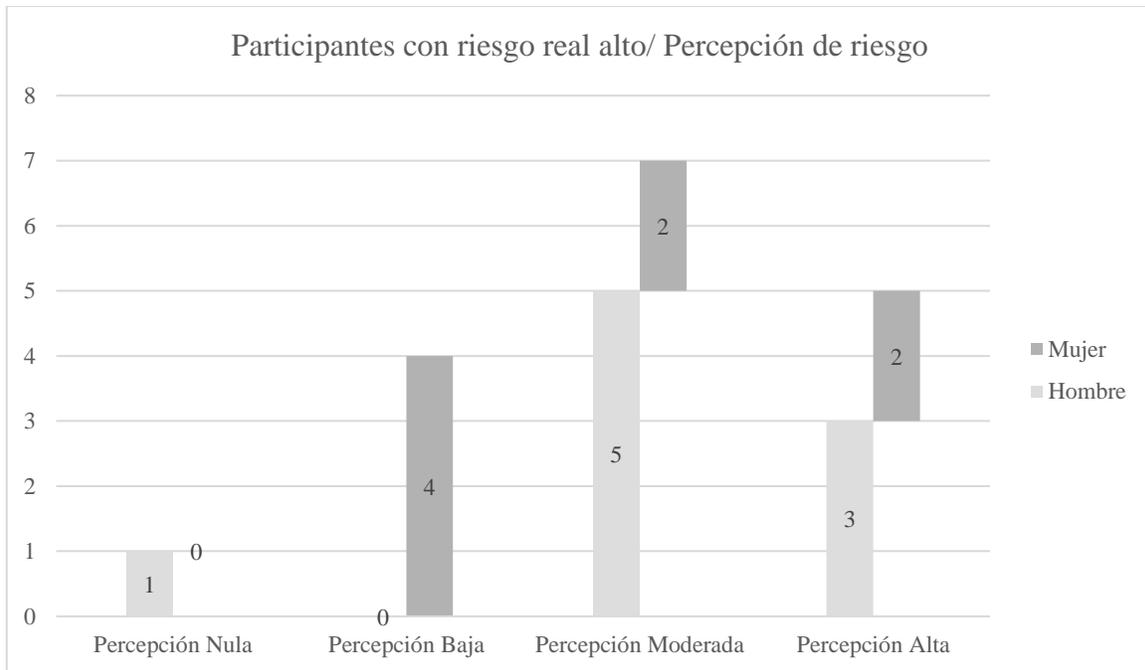
percepción de riesgo obtenida. Género H hombre M Mujer, su Edad, Estado civil S:

Soltero, C: Con pareja, V: Viudo; escolaridad MS: Media superior, S: superior;

Cuidador FNR: Familiar no remunerado, NFNR: No familiar no remunerado, FR:

Familiar remunerado, NFR: No familiar remunerado; Pensión: NI: No tiene ingreso,

PC: Pensión por cónyuge, PP: Pensión Propia.

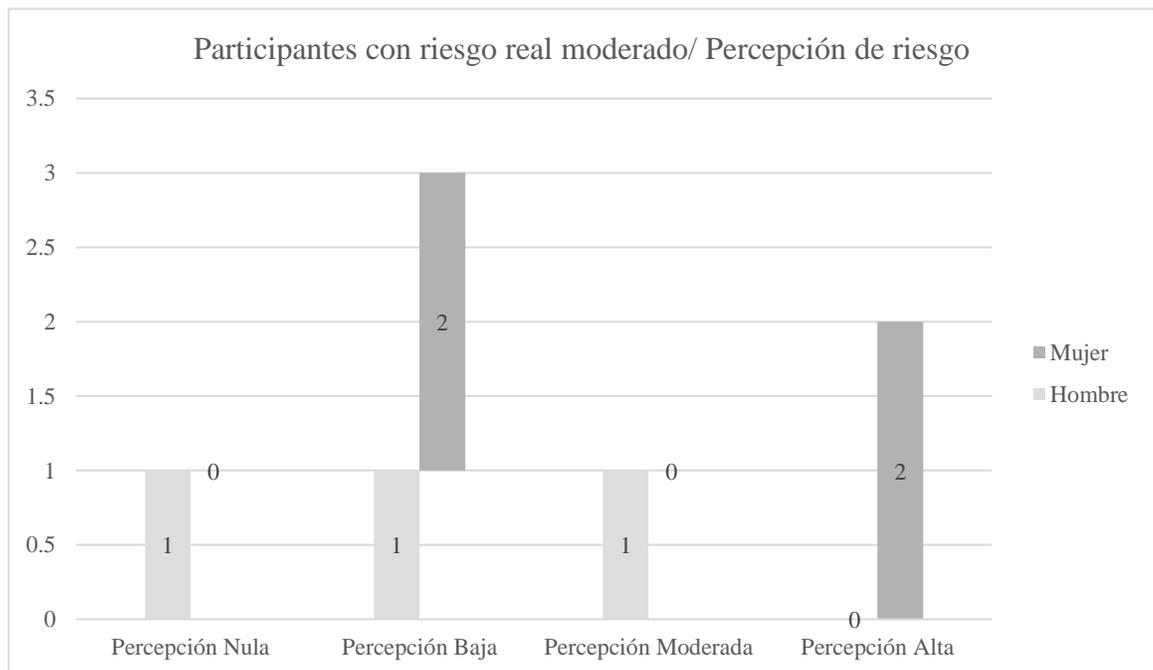


Gráfica 7. Elaboración propia. Riesgo Real Alto y Percepciones.

Los participantes con resultado de riesgo Alto por factores de riesgo en adulto mayor,

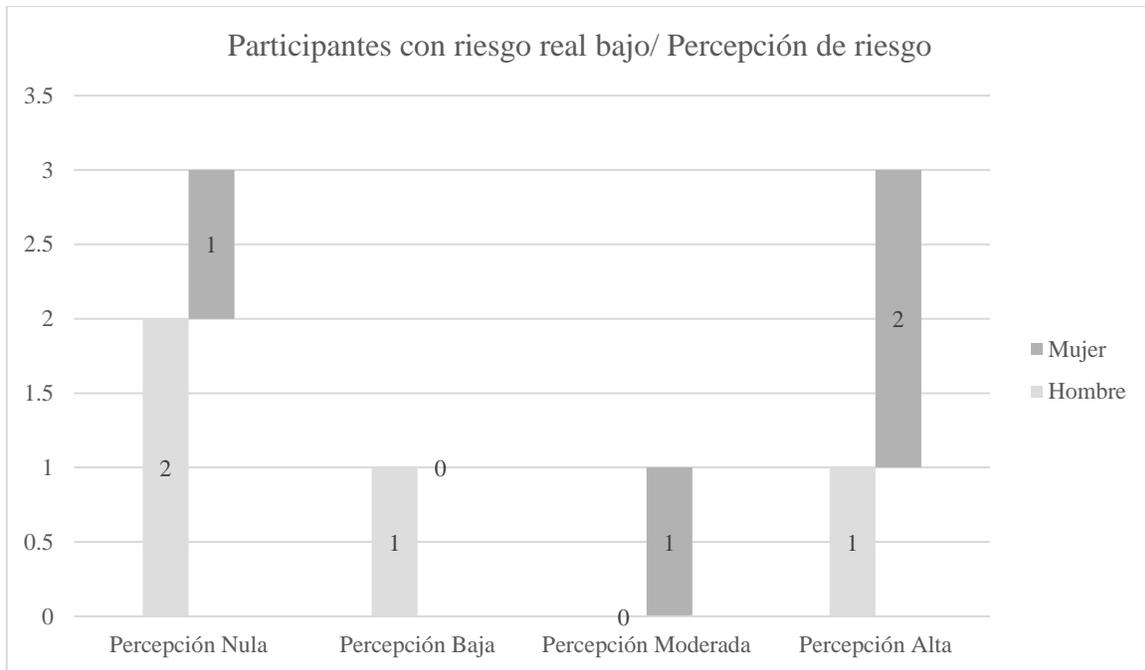
cuidador y ambiente se observan con una tendencia alta a una percepción de riesgo al maltrato moderada mayoritariamente en mujeres seguida del alta, dando concordancia a su situación como individuos vulnerables y percibirse como tales. Se evidenciaron aquellos factores de fragilidad tanto en el individuo con su compromiso físico, emocional y financiero como el de su cuidador principal, con el factor presente y agravante de la contingencia sanitaria por COVID-19, que trastoca la realidad en un primer plano de la accesibilidad a servicios de primera necesidad como atención médica, compra de elementos básicos para la vida diaria, vínculos socioafectivos y una baja o lábil economía generalizada. La percepción de éstos individuos en su mayoría se vio afectada por el mismo fenómeno de la contingencia sanitaria, con mensajes claros del peligro grave posible muerte que se podía presentar en caso de contagios,

fallecimientos o complicaciones de familiares y amistades cercanas, aislamiento y restricción de actividades lúdicas también provocaron que la atención de los participantes se enfocada en la situación emergente, las tragedias y el constante bombardeo de noticias en distintos medios de comunicación, haciendo más difícil el plantar mente y cuerpo en otra actividad de gozo, laboral o educativa. Sin embargo, encontramos aquella participante que aun cuando se presenta en riesgo elevado, se percibe de manera segura contra el maltrato con una calificación nula de percepción de riesgo, donde los reforzamientos socioculturales, las redes familiares y la construcción de su percepción difieren de un tiempo actual y se basan en su pasado productivo y sano a pesar de la contingencia y las múltiples patologías que presenta ella, su cuidador y la familia.



Gráfica 8. Elaboración propia. Riesgo Real Moderado y percepciones.

El Riesgo Real Moderado representa una situación de fragilidad ante la realidad tan cambiante multifactorial y multidimensional en el contexto del COVID-19. En ella predominan por poco, una percepción de riesgo baja al maltrato en 3 individuos y alta en 2. Cabe mencionar. La alteración de uno de los factores de riesgo conllevaría a estos individuos a presentarse rápidamente en un ser vulnerable por sí mismo o por otros. Entra el cuestionamiento, ¿en qué factores reales basa el adulto mayor su percepción de riesgo?, ¿Cómo se auto percibe su seguridad? ¿Solamente en su integridad física, emocional y financiera personal? Cabe resaltar, que en muchos casos las redes de apoyo, redes sociales no son consideradas por el adulto mayor relevantes para la seguridad o riesgo de maltrato, si el adulto cuenta con las redes de apoyo firmes y sólidas, tanto su riesgo real como su percepción debe disminuir en gran medida gracias al sustento externo con el que cuenta. El riesgo moderado con percepción nula es otro ejemplo de una construcción de percepción en base al pasado, a una aparente integridad física y económica que en caso de alterarse solamente un factor como podría ser una caída, una enfermedad, viudez, depresión, entre otros, puede hacer un efecto en cascada ocasionando el deterioro del individuo en todas sus facetas, el cuidador con una probable sobrecarga concluyendo en un individuo frágil dependiente y con riesgo alto a maltrato. El riesgo moderado con percepción moderada nos muestra en una ocasión un individuo consciente de su ser, su cuidador y su entorno, tomando los cuidados necesarios para no activar ningún otro factor de riesgo que lo empuje a una situación de riesgo alto o directo al maltrato. Es importante mencionar, que aún con riesgo nulo o bajo, un individuo puede llegar a ser víctima de maltrato, en el presente trabajo nos guiamos por aquellas áreas de oportunidad que se pueden abordar e intervenir para resultado en un individuo con factores de protección de maltrato y no de riesgo.

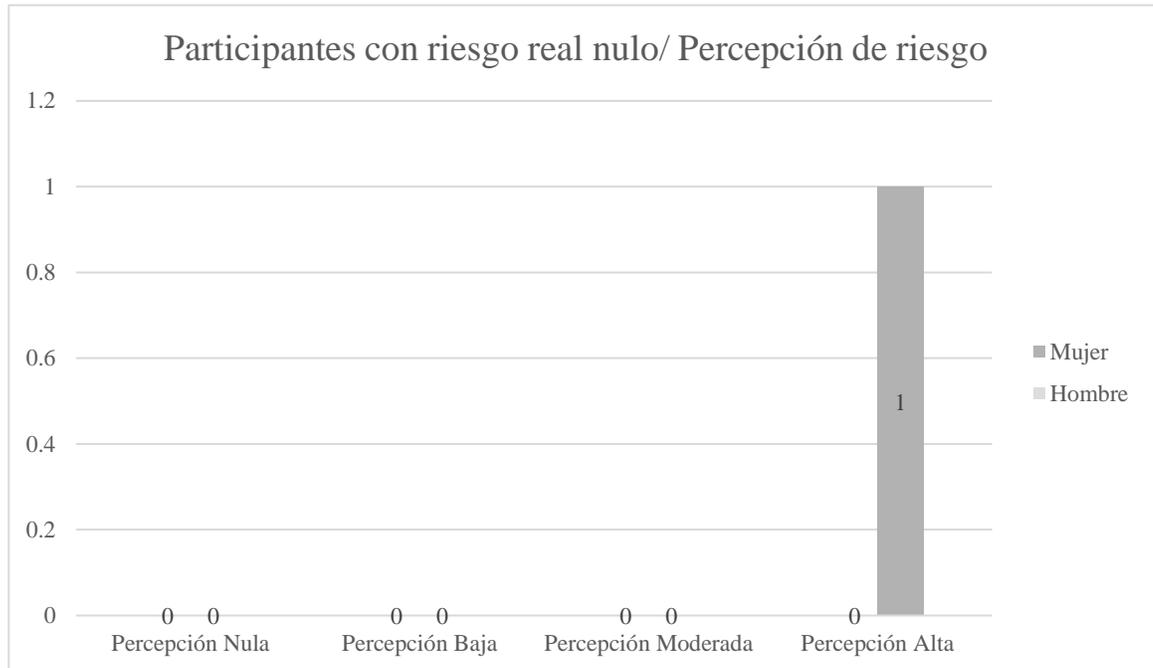


Gráfica 9. Elaboración propia. Riesgo Real Bajo y percepciones.

En los individuos con percepción de riesgo alto con predominio en mujeres, en su entrevista mencionaron que la gran incertidumbre en términos de tratamientos o medidas de combate al COVID-19 con respuestas no tan positivas fueron factores influyentes en la construcción de su percepción, la presentación de las formas graves de la enfermedad en personas de su misma edad se traducían en un miedo intenso al saber de algún posible contacto, o simplemente con un dolor de cabeza o escurrimiento nasal. La preocupación por aquellos que aún con la contingencia tenían la necesidad de seguirse exponiendo y trabajar, hacer las compras del hogar o de los hogares a los que era responsable, y la inhabilidad de poder atender cualquier otra cuestión de salud física y mental era imposible, ya que la precaución por atender cualquier instancia de salud pública o privada era un riesgo que se decidía no correr. Esta percepción de poder ser víctimas de maltrato es sustentada también en una base de aislamiento convertido en

soledad. La soledad por sí sola en el adulto mayor conlleva a múltiples afecciones biopsicosociales; La literatura sobre el tema establece seis estrategias para enfrentar el desafío de la soledad, tomándose en cuenta que no es un evento físico, sino psicológico y emocional se develan actividades multidisciplinarias que de una u otra forma, con variantes se pueden implementar en el contexto urbano o rural.: ejercicio físico, masoterapia, musicoterapia, rehabilitación, actividades lúdicas y aromaterapia. La contextualización debe comprender el entorno inmediato y mediato, sin dejar al margen las muy particulares características personales y la situación específica como integrante del grupo etario. Cabe hacer notar que, a esta altura, el diseño de estrategias para atender la cuestión de la soledad corresponde acciones de diversa naturaleza: la preventiva, la rehabilitadora y la de mantenimiento; así mismo, encontramos tres ámbitos donde se identifican los actores involucrados: el de las políticas públicas, el colectivo social es decir relaciones familiares y, el individuo en comunidad o institucionalizado, es decir, relaciones sociales, el ser humano y sus recursos internos. Bermeja y Ausin 2018, proponen otras actividades encaminadas a prevenir y combatir la soledad Para el adulto mayor, se torna indispensable la socialización, pero, como se ha mencionado con anterioridad, para esto se requieren condiciones adecuadas para que los recursos internos personales hagan lo suyo. La equidad, la inclusión, la integración son elementos indispensables para atender esta situación en el adulto mayor, independientemente de su género. Las terapias ocupacionales, la risoterapia, consolidación de redes de apoyo. taller de autobiografías, compañía de mascotas,

círculos de lectura, danza, teatro, pintura, etcétera.



Gráfica 10. Elaboración propia. Riesgo Real Nulo y percepciones.

La participante que muestra un riesgo real nulo a ser maltratada contrasta fuertemente con su percepción de alto riesgo. Durante su entrevista menciona que previo a la pandemia su percepción de seguridad ya se mantenía en un nivel aproximadamente bajo o moderado por el sólo hecho de encontrarse en su etapa de vejez. A partir de la contingencia sanitaria, el miedo, la incertidumbre, el aislamiento y la soledad se apropiaron de su hogar, antes lleno de amistades y familia; y aun cuando, su conocimiento en tecnología le permite mantener contacto vía videollamada, el contacto físico es un factor indispensable para su sensación de seguridad e integridad física y emocional. Con un divorcio de 15 años previo al día de hoy, se mantiene un sentimiento de aislamiento y soledad profundo al compararse con su anterior pareja, ya que él vive con esposa y otro hijo adolescente. Su Cuidadora es una técnica en enfermería que apoya tanto en la

compañía, labores domésticos y terapias. Una de las preocupaciones constantes es la actividad monetaria, ya que ella no cuenta con pensión propia o por cónyuge, y siente vulnerabilidad y falta de utilidad hacia los demás por no apoyar o solventarse parcial o totalmente en su economía. Su solvencia económica depende de sus 3 hijos los cuales tienen acuerdos claros y con excelente cumplimiento de manera que a su madre de 93 años pueda disponer de dinero para sus necesidades básicas y de gastos libres. Aun cuando, sus riesgos reales son nulos según la encuesta diseñada para el presente proyecto, cabe reconocer que de ninguna manera eso representa una garantía a no ser víctima de maltrato en cualquier momento. En la clasificación de tipos de maltrato existe uno que resalta por su invisibilidad y que se encuentra comúnmente en casos como el de nuestra participante Amelia, el maltrato por auto negligencia, El National Center on Elder Abuse (2018) define la auto negligencia como la actuación del adulto mayor que poner en riesgo su salud y seguridad, mostrándose como rechazo o fallo a proveerse a uno mismo de las necesidades básicas. que amenaza su salud y su seguridad sin presentar un deterioro cognitiva que lo impida. La auto negligencia puede presentarse en mayor frecuencia en aquellos individuos donde la desesperanza, el miedo y la incertidumbre afecten en una determinada intensidad la vida diaria que comprometa la alimentación, cuidado e higiene personal del adulto mayor. Factor que se considera merece una oportunidad como investigación exclusiva para indagar en la percepción de seguridad y riesgo a partir de la contingencia sanitaria y la presentación de una probable auto negligencia del adulto mayor. Es decir, la percepción como un paso previo a la auto negligencia.

4.5 Esquemas comparativos percepción y realidad en un mismo participante:

A continuación, se ejemplifican con fragmentos de las entrevistas que fueron codificados y catalogados en su respectivo nivel de percepción de riesgo contra el resultado de la encuesta de factores de riesgo reales del mismo participante. Codificación: Miedo, Soledad y Dependencia encontrándose 3 de riesgo 0 de seguridad con resultado a través de la inducción teórica planteada en una percepción de riesgo alto de maltrato. Sin embargo, el mismo participante al analizar su encuesta de factores de riesgo reales, presenta únicamente 2 factores de riesgo presentes con un riesgo real de maltrato bajo.

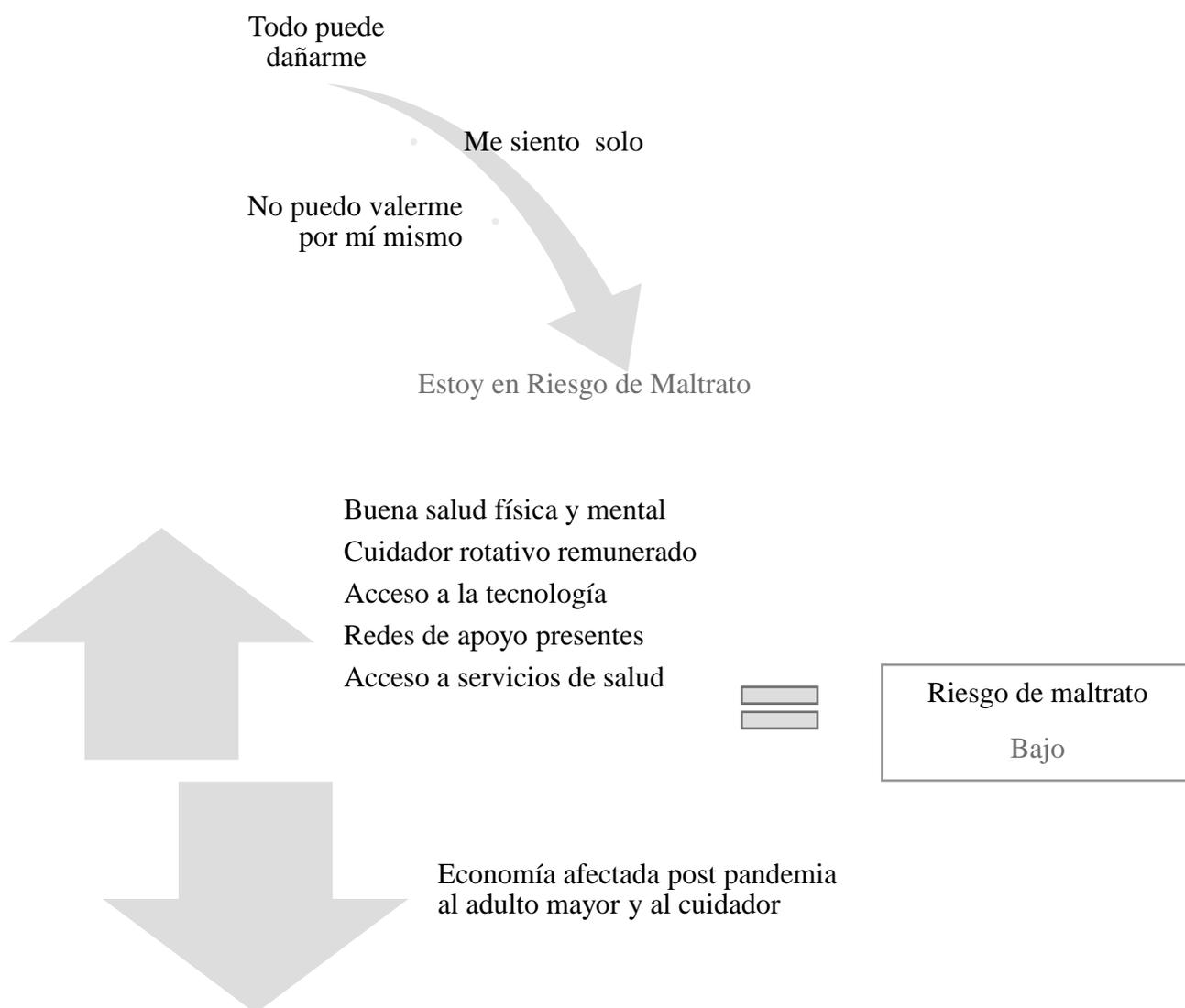


Figura7. Elaboración propia. Esquema comparativo participante masculino percepción de riesgo alta y riesgo real bajo de maltrato.

La participante de 86 años con una codificación 3 de seguridad y 1 de riesgo categorizándose como percepción de riesgo bajo. A pesar de que al momento de analizar sus factores de riesgo reales resulta un riesgo de maltrato moderado debido a los cambios que la contingencia por COVID-19 han transformado su escenario.

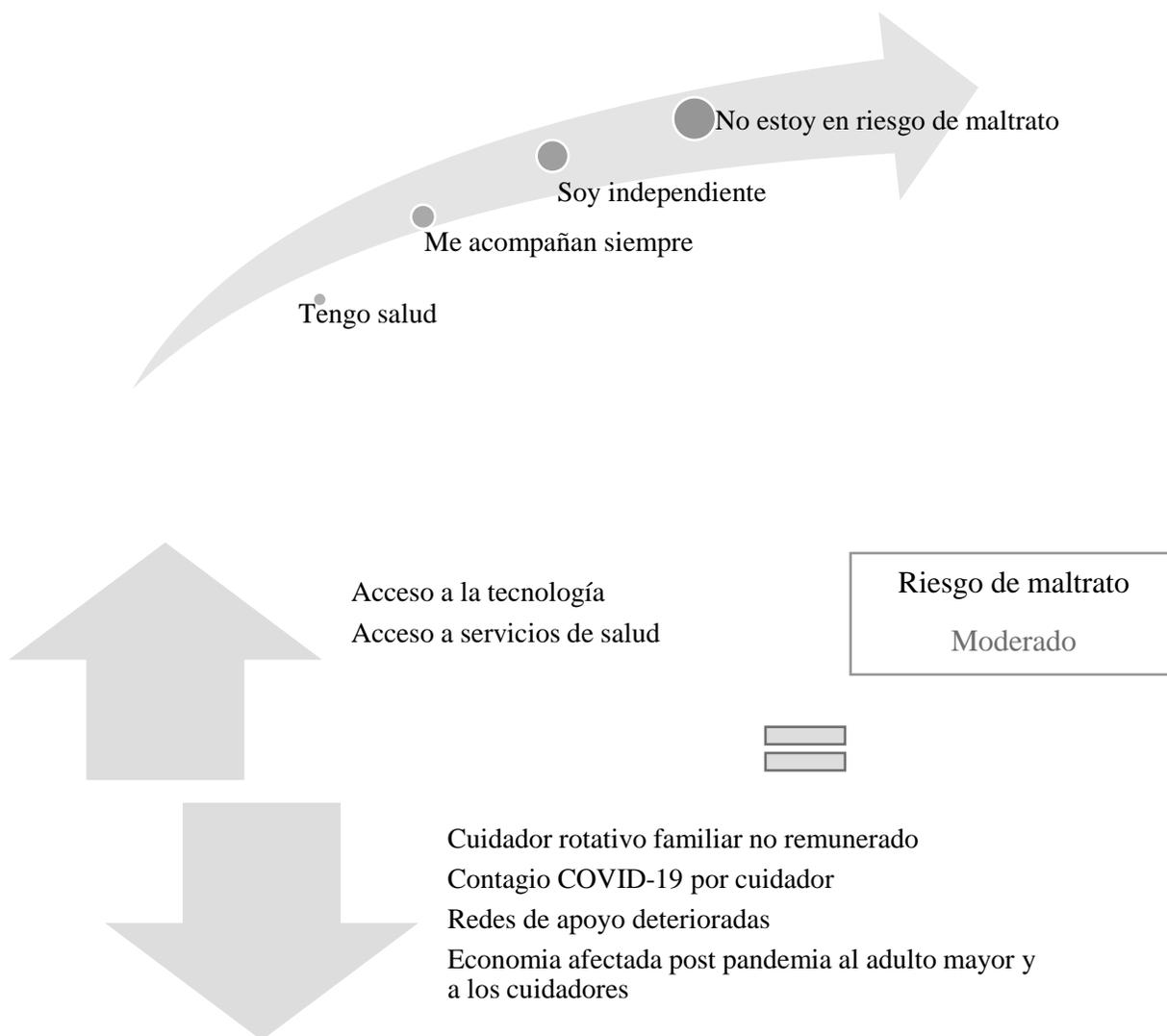


Figura 8. Esquema comparativo participante femenina percepción de riesgo bajo y riesgo real moderado de maltrato.

Capítulo V Conclusiones

En el escenario desfavorecido del adulto mayor en tiempos de COVID-19 emergen medidas y normas como el aislamiento estricto, la restricción en horario y espacios satisfactorios de necesidades básicas como el alimento, la limitación de las opciones de transporte público y privado, el consecuente alejamiento de las redes de apoyo, la prohibición total de actividades recreativas en el exterior, deficiente atención médica a las posibles comorbilidades presentes o enfermedades emergentes distintas a procesos respiratorios. Estas situaciones se notan tanto en el paciente, su familia como en su cuidador y el entorno completo independiente al paciente. Dentro del confinamiento y el ambiente psicológico desfavorable general se han agregado a las situaciones perjudiciales antes mencionadas, un considerable incremento de presentaciones psicológicas, agotamiento físico sin mencionar la crisis económica y muy probablemente deterioro físico y depleción de su reserva. Los factores contextuales en los que funcionan los cuidadores también están cambiando rápidamente. Además de las demandas competitivas de los cuidadores. Durante el tiempo de contingencia, muchos simplemente pueden tener miedo de pasar tiempo en contacto físico con un adulto mayor debido a la preocupación por el contagio. Esto puede llevar inadvertidamente a la negligencia de los adultos mayores. Dentro del contexto de la contingencia sanitaria COVID-19, encontramos afecciones a nivel adulto mayor. A nivel. El cuidador. Que definitivamente agravan cualquier situación. Aumentando los factores de riesgo. Y la vulnerabilidad del adulto mayor a ser víctima de maltrato. encontramos que el enfoque. Interdisciplinario. Al observar la complejidad de este escenario en el adulto mayor durante la contingencia COVID-19. Con sus múltiples cambios. Políticos, económicos

y sociales. Podemos concluir que un enfoque interdisciplinario es el idóneo para solventar, diseñar, ejecutar y evaluar un programa especializado e integral dirigido a esta problemática invisibilizada por la sociedad actual. Se considera de la misma manera que para el abordaje de esta problemática maltrato del adulto mayor se requiere no solamente de la gerontología, sociología y la psicología sino de 2 disciplinas más que aporten mayores herramientas para la construcción de un vocabulario y terreno común donde podamos contar con un programa con mayor alcance, significancia con la esperanza de representar un cambio significativo en el escenario de maltrato del adulto mayor. Se propone el uso de la disciplina de Educación para apoyo y sustento de la correcta inclusión y participación del adulto mayor como ente productivo e independiente en la última etapa de la vida, y la disciplina de políticas públicas que permita el análisis y alcance de aquellas medidas, normas y leyes que deban cambiarse o deban hacerse efectivas con mayor ímpetu de este al futuro demográfico que nos aguarda. La inclusión del adulto mayor como un ente productivo es inminentemente necesaria para un progreso favorable en el desarrollo social y económico de nuestro país y del mundo; para una inclusión verdadera se requiere no solo tener las normas y leyes que protejan al adulto mayor sino la ejecución y protección activa de ellas, para garantizar su ejecución. En cumplimiento de objetivos del presente trabajo nos encontramos que los elementos constitutivos de realidad y percepción en el adulto mayor se encuentran de manera evolutiva respondiendo a las características del individuo desde su formación en el primer núcleo familiar, escolar, laboral, la familia, la sociedad y el contexto sociocultural al que pertenece. En ellos se observa una necesidad de profundizar aquellas relaciones agravantes y atenuantes entre realidad de riesgo y percepción de riesgo aunado a los cambios fisiológicos, psicológicos,

patológicos del envejecimiento. Aun cuando, en la mayoría de los participantes si existe correspondencia entre la percepción y la realidad de riesgo de maltrato, valdría la pena el abordaje de como la percepción misma puede afectar la realidad y cómo la realidad afecta la percepción y visualizarlos como dos aspectos sinérgicos complementarios y dirigimos a aquellos datos, acciones o factores que promuevan la percepción y realidad de seguridad más que la de riesgo. Contrastar la percepción de riesgo de maltrato del adulto mayor con los factores de riesgo de maltrato al adulto mayor reconocidos para identificar la correspondencia entre lo objetivo y lo subjetivo en adultos mayores durante la contingencia por COVID-19 residentes de la ciudad de Hermosillo, Sonora nos permitió conocer la complejidad del adulto mayor, siendo un grupo completamente heterogéneo, con sus cualidades, formaciones, condiciones, creencias y experiencias; se concluye en la necesidad de visibilizar el maltrato del adulto mayor y nos solamente los riesgos que pueden llevar a él. Visibilizar y romper con aquellas conductas edadistas que conllevan a la auto negligencia, al maltrato y a la discriminación. La propuesta que posibilite una intervención interdisciplinaria debe completarse con la complementación de dos disciplinas más, la educación y las políticas públicas donde cada una de ellas haga posible el cambio en el individuo, en el cuidador y en el contexto de la contingencia o la llamada nueva realidad que estamos enfrentando, en lugar de atacar a los factores de riesgo más comunes, concluimos que sería de mayor ventaja un programa dirigido a fortalecer la independencia, integridad, seguridad y resiliencia en el adulto mayor.

Capítulo VI Bibliografía

- Barthey, S. H. (1982). Principios de percepción. México D. F: Trillas. Bruner y cols. (1958). Social Psychology and belief. En: EE Maccoby TM New Comb y EL Harley (eds.) Readings in social psychology NY Holt Rimerhart and Winston. Adolphs R. (1999). "Social Cognition and the Human Brain." Trends in Cognitive Sciences, 3, 469-479.
- Benites, L. (1997). "Tipos de familia, habilidades, sociales y autoestima en un grupo de Adolescentes en situación de Riesgo". Lima. UPSMP. Revista Cultura N. ° 12.
- Bermeja AI, Ausín B. Programs to combat loneliness in the institutionalised elderly: A review of the scientific literature. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53(3):155.
[Http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.006](http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.006).
- Cabello, L. M. F. (2020). La Alfabetización digital en el público adulto mayor. Un acercamiento desde la comunicación de las relaciones públicas en Perú. Revista comhumanitas, 11(2), 65-80.
- Castilla, C. A. A. (2006). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. Horizontes pedagógicos, 8(1), 1.
- Chang ES, Levy BR. High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: risk and resilience factors. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2021.
- Charmaz, K. (2007). Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: Systematic review and implications for practice. Journal of the American Geriatrics Society, 63(6), 1214-1238.

- Escardó, Florencio (1964), *Anatomía de la familia*, 1ª ed., Buenos Aires, El Ateneo
- Espiniella, B., Goyenechea, J., Pinilla, A., Sánchez Moro, C. (2013). *Guía para profesionales: trabajo en grupo para la promoción del buen trato a mujeres mayores*. Madrid, España: Unión de Asociaciones Familiares. Recuperado de:
http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaencifras/boletines/boletinannual/docs/BE_Anual_2016.pdf
- Gallardo Peralta, L. P. (2012). *Apoyo social y etnicidad en personas mayores de la región de Arica y Parinacota-Chile: una propuesta para la intervención en trabajo social*.
- Gallardo-Peralta, L. (2013). «Redes de apoyo social en personas mayores chilenas. Aspectos estructurales y funcionales». *Revista Trabajo Social*, 84, 9-18.
- García, J. R. (2009). *Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Imsero.
- Giraldo, L. *El maltrato de personas adultas mayores: una mirada desde la perspectiva de género*. *Revista Debate Feminista*. 2010; 1(42):151-165
- Gómez RL, Rodríguez AG y Krug L. Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México). *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42(1):27-34.
- Günlük-Şenesen, G., Arun, Ö., Aykara, A., Sunata, U., Thilbert, A. A., & Yücel, Y. (2021). *Human Rights Cities Indicators*.
- Han, S. D., & Mosqueda, L. (2020). Elder Abuse in the COVID-19 Era. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(7), 1386–1387. <https://doi.org/10.1111/jgs.16496>

- Irfan, U. Y J. Belluz (2020), “¿Por qué COVID-19 es tan peligroso para los adultos mayores?”, 13 de marzo de 2020.
- Lévi-Strauss, C.; Spiro, M.E. & Gough, K. (1956). *Polémica sobre el Origen y la Universalidad de la Familia*. Barcelona: Anagrama.
- Makaroun, L. K., Bachrach, R. L., & Rosland, A. M. (2020). Elder Abuse in the Time of COVID-19-Increased Risks for Older Adults and Their Caregivers. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(8), 876–880
- Martínez, Claudio, & Santelices, María Pía. (2005). Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psyche (Santiago)*, 14(1), 181-191.
- Meneses, B. P. V. (2021). *Violencia familiar en la adulta mayor: Una experiencia dolorosa*.
- Montoya Arce, Jaciel, & Montes de Oca Vargas, Hugo. (2006). Envejecimiento poblacional en el Estado de México: situación actual y perspectivas futuras. *Papeles de población*, 12(50), 117-146.
- Naciones Unidas. (2020). Policy brief: The impact of COVID-19 on older persons. United Nations report. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf>
- Naranjo-Hernández, Ydalsys, Mayor-Walton, Sunieska, Rivera-García, Osvaldo de la, & González-Bernal, Rigoberto. (2021). Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. *Revista Información Científica*, 100(2), e3387. Epub 01 de marzo de 2021.

Pardo Andreu, G. (2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1), 0-0.

OMS. Decenio del Envejecimiento Saludable. OMS. Disponible en:

https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?Sfvrsn=73137ef_4#:~:text=A1%20t%C3%a9rmino%20del%20Decenio%20del,y%20alcanzar%C3%A1%20los%202100%20millones.

Peterson JC, Burnes DP, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR Jr, Wells MT, et al.

Financial exploitation of older adults: A population-based prevalence study. *Journal of general internal medicine*. 2014;29(12):1615-23

Quel, M. Á. P. (2007). La espiral del ciclo vital familiar. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14, 46-59.

Repko, Allen 2007, *Integrating Interdisciplinarity: The “DNA” of Interdisciplinary Studies* Chapter 6 pp192-214

Repko, Allen F. (2007) *Issues in integrative studies* no. 25, pp. 1-31 *Integrando interdisciplinarietà: Cómo las teorías de terreno común y la interdisciplinarietà cognitiva están informando el debate sobre Integración Interdisciplinaria*

Sánchez, Y. G. R., Arce, B. J. M., Linares, S. C. G. R., & de Oca Vargas, H. M. (2016).

Desigualdad en la cobertura de la política pública para los adultos mayores del Estado de México. Un estudio bajo el enfoque de vulnerabilidad social. *directorío de la revista y consejo editorial*, 480.

- San Martín Cantero, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas. ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista electrónica de investigación educativa*, 16(1), 104-122.
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan J, Xu L, Ho CS, Jo RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Pub Health*
- Welch IV, J. 2011 El nacimiento de la interdisciplinariedad a partir del pensamiento epistemológico.
- Welti-Chanes, Carlos. (2011). La Demografía en México, las etapas iniciales de su evolución y sus aportaciones al desarrollo nacional. *Papeles de población*, 17(69), 9-47.
Recuperado en 27 de junio de 2022, de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000300002&lng=es&tlng=es.
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Global health*, 5(2), e147–e156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)

Capítulo VII Anexos

Anexo 1

Mini Mental Aplicado

PUNTUACIÓN: La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es < 23 puntos. Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total. Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación $(20 \times 35 / 21) = 22,5$ (redondearemos al núm. entero + próximo, el 23).

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

• Digame el día.....fechaMes.....Estación.....Año..... (5 puntos)

• Digame el hospital (o lugar).....

planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... (5 puntos)

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

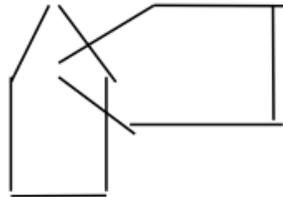
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? (5 puntos)
- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás (3 puntos)

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ? (3 puntos)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj (2puntos)
- Repita esta frase : En un trigal había cinco perros (1 punto)
- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? (2 puntos)
¿qué son el rojo y el verde ?
- ¿Que son un perro y un gato ? (1 punto)
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)
- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS (1punto)
- Escriba una frase (1 punto)
- Copie este dibujo (1 punto)



Hermosillo, Sonora, a 04 de agosto de 2022.

Dr. José Guadalupe Rodríguez Gutiérrez

Coordinador de la Maestría en Ciencias
Sociales División de Ciencias Sociales

Universidad de Sonora

Con la presente me permito informar a Usted que el trabajo de tesis de Maestría titulado **“Realidades y percepciones de riesgo de maltrato del adulto mayor durante contingencia COVID-19.”** fue desarrollado por la estudiante del Posgrado en Ciencias Sociales, **Lillian Victoria Castro Núñez**, con número de expediente 220230071, cumple con los requisitos teóricos- metodológicos de un trabajo de investigación y puede presentarse para ser sustentado y defendido en su examen de obtención de grado de Maestría en Ciencias Sociales.

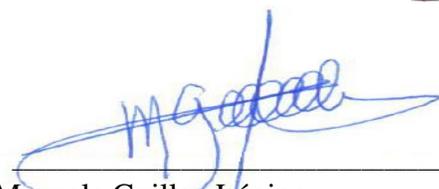
Por lo anterior, nos permitimos solicitarle se proceda con las gestiones administrativas conducentes para la programación de la fecha de examen de defensa de grado.

Agradeciendo de antemano la atención que sirva prestar a la presente, quedo a sus apreciables órdenes.

Cordialmente



Dra. Blanca Aurelia
Valenzuela
Director de tesis



Manuela Guillen Lúgigo
Lectora externa y Co-directora de tesis



Dra. Reyna de los Ángeles Campa Álvarez
Lectora interna



Dra. Danetzy Abdala Duarte
Lectora externa



Dra. Patricia Rodríguez Llanes
Lectora interna