

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**“EL MALTRATO FAMILIAR Y SOCIAL, DESDE LA
PERSPECTIVA DEL ADULTO MAYOR.
CLUB DEL ADULTO MAYOR - HOSPITAL VISTA ALEGRE.”
TRUJILLO-2013.**

TESIS

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Br. JADYRA KATTERINE, ATOCHE NUÑEZ.

Br. CINTHYA YOHANA, VARAS SANCHEZ.

ASESOR:

Dra. ZOILA ESPERANZA, LEITÓN ESPINOZA.

TRUJILLO-PERÚ

2014

Nº DE REGISTRO.....

***“EL MALTRATO FAMILIAR Y SOCIAL, DESDE LA PERSPECTIVA DEL
ADULTO MAYOR - CLUB DEL ADULTO MAYOR - HOSPITAL DE
VISTA ALEGRE. TRUJILLO-2013”***

Autoras:

Jadyra Katterine Atoche Nuñez.

Cinthya Johana Varas Sánchez.

JURADO EVALUADOR

Dra. Celixa Lucía Pérez Valdez.

Presidenta.

Ms. Janet Julia Chunga Medina.

Dra. Zoila Esperanza Leitón Espinoza.

Trujillo, Octubre del 2014

DEDICATORIA

A DIOS

*Porque en medio de la tormenta,
me fortalece y levanta;
permitiéndome seguir adelante,
para alcanzar las metas trazadas
a lo largo de mi vida.*

A MI MADRE: JAQUELINE

*Por ser mi principal apoyo para el
logro de mis metas y el más
importante ejemplo en mi vida;
mujer luchadora e incansable, llena
de fe. Por brindarme sus consejos,
darme su amor y tenerme mucha
paciencia.*

A MI PADRE: LUIS

Y A MIS HERMANOS

*A mi padre por brindarme los recursos
necesarios y estar a mi lado
apoyándome y dándome su amor
siempre. A mis dos hermanos por estar
siempre presentes cuidándome y
brindándome su amor y comprensión.
Jhonatan eres mi ejemplo de valentía
en esta vida, nunca te rindas.*

~ JADYRA ~

DEDICATORIA

A DIOS

*Por la vida que me diste, por
darme fuerzas para salir
adelante, eres mi guía en todo
camino, te agradezco por
brindarme sabiduría, por la
tenacidad de buscar siempre lo
mejor y poder lograrlo.*

A MIS PADRES Y HERMANOS

*Gracias a mis padres por enseñarme a no rendirme
ante los problemas, gracias por enseñarme que el
amor es la fuerza más grande que existe, gracias
queridos padres por ser un excelente ejemplo de
sacrificio y esfuerzo para mí, ustedes me inspiran a
ser mejor cada día.*

*A mis hermanos por estar siempre para ayudarme,
por escucharme, por darme su cariño y
comprensión.*

A MI ESPOSO E HIJOS

*A mi esposo Jaime, por su
incondicional apoyo, amor y
ejemplo de constancia y trabajo,
que me impulsaron a seguir
adelante. Y a mis tres hijos
Matías, Valentín y Benjamín que
son el motor y motivo para
cumplir todas mis metas y
sueños.*

~ CINTHYA ~

AGRADECIMIENTOS

A NUESTRA ASESORA

Dra. Zoila Esperanza Leitón Espinoza por todas las enseñanzas otorgadas por la confianza brindada, por el apoyo incondicional y la orientación adecuada para realizar la presente tesis.

A LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR “HOSPITAL VISTA ALEGRE”

Por su participación y colaboración en el presente estudio, por su disponibilidad de tiempo para realizar las entrevistas. Y por su simpatía y amabilidad, lo cual nos acogieron gratamente.

~ JADYRA Y CINTHYA ~

SUMARIO

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes y Situación Problemática	4
1.2 Objeto de estudio	8
1.3 Justificación y Relevancia	11
1.4 Pregunta Orientadora	13
II. OBJETIVOS	14
III. TRAYECTORIA METODOLÓGICA	15
IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE HALLAZGOS	24
V. CONSIDERACIONES FINALES	82
VI. RECOMENDACIONES	87
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	88
ANEXOS	95

***EL MALTRATO FAMILIAR Y SOCIAL, DESDE LA PERSPECTIVA DEL
ADULTO MAYOR - CLUB DEL ADULTO MAYOR - HOSPITAL DE VISTA
ALEGRE¹***

Jadyra Atoche Nuñez, Cinthya Varas Sánchez ²

Zoila Leitón Espinoza ³

RESUMEN

El presente estudio cualitativo, de abordaje descriptivo, se realizó en el “Hospital Distrital de Vista Alegre” - Club del Adulto Mayor, Distrito de Víctor Larco, Provincia Trujillo, teniendo como objetivo, analizar, describir e identificar el maltrato familiar y social, desde la perspectiva del adulto mayor, El número de participantes en la investigación estuvo constituido por seis Adultos Mayores, a quienes se les realizó la entrevista en sus domicilios, la cual fue grabada con la autorización de los entrevistados.

Encontrando que la población estudiada percibe el maltrato familiar, como la falta de amor, viéndose reflejada en los diferentes tipos de maltrato (físico, psicológico, económico y abandono); y el maltrato social, lo perciben como la desprotección social, en el área económica, en salud y en la participación comunitaria, lo que se traduce en el maltrato estructural, hacia el adulto mayor. Los aportes de esta investigación nos orientan a conocer y comprender las experiencias del Adulto Mayor en base al maltrato.

Palabras claves: Adulto Mayor, Maltrato, Tipos de maltrato, Familia, Sociedad.

¹ Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo, 2014.

² Bachilleres en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo.

³ Doctora En Salud pública. Ms Salud del Adulto y Anciano. Docente principal del Dpto. Académico de Salud del Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería - Universidad Nacional de Trujillo.

FAMILY AND SOCIAL ABUSE FROM THE PERSPECTIVE OF THE OLDER

ADULT - OLDER CLUB - VISTA ALEGRE HOSPITAL

ABSTRACT

This qualitative study, descriptive approach, was held in the "Hospital Distrital de Vista Alegre" - senior adult Club, district of Víctor Larco, Trujillo province, aiming, analyze, describe and identify the abuse in the family and society, from the perspective of the elderly, the number of participants in the research was formed by six seniors, who conducted the interview at home which was recorded with the permission of the interviewees.

We found that the study population perceived family abuse, the lack of love, seeing themselves reflected in the different types of abuse (physical, psychological, economic and neglect); and social abuse, see it as social vulnerability, in the economic area, in health and community participation, which results in structural abuse towards the elderly. The contributions of this research we are oriented to knowing and understanding the experiences of the elderly based on the abuse.

Key words: elderly, abuse, types of abuse, family and society.

I. INTRODUCCIÓN

Una tendencia demográfica del siglo XX se vio reflejado en el drástico incremento de las personas adultas mayores, y hoy en el siglo XXI vivimos una era signada por un envejecimiento global sin precedente, acelerado e inexorable, debido a que en todo nuestro planeta, con mayor o menor desarrollo tecnológico, económico y social, se observa un aumento progresivo de la esperanza de vida, disminución de la fecundidad y mortalidad (ONU, 2010).

Se prevé que la población del adulto mayor en todo el mundo se duplicará, pasando del 10% (580 millones) al 15% (1,200 millones) entre 2000 y 2025, llegando a 2000 millones en el 2050 representando el 25% de la población. Cabe mencionar que en solo 100 años (1950-2050), la población mundial, prácticamente, se duplicará, pero las personas mayores habrán aumentado 10 veces (ONU, 2010).

En América Latina y el Caribe, las personas de edad suman alrededor de 57 millones, 10% de la población total. En el lapso de cuatro décadas, su número se habrá más que triplicado, alcanzando 186 millones, lo que representará una cuarta parte de los habitantes de la región. El envejecimiento poblacional es el aumento creciente de la proporción de personas mayores de 60 años, gracias al progresivo incremento de la esperanza de vida. Para ello, es necesario desarrollar políticas adecuadas dirigidas a las generaciones

jóvenes y adultas que serán el 30% de adultos mayores en Latinoamérica dentro de algunas décadas (CEPAL, 2011).

Mientras que en el Perú, en el año 2013, la edad mediana de la población peruana se situaba en 25,5 años; diferente la situación hace dieciocho años, donde la edad mediana era de 20,5 años; lo que indica que hay más población en edades mayores. La población de 65 y más años de edad en el país representa el 6,3% de la población total, y los mayores porcentajes se presentan en los departamentos de: Arequipa (7,3%), Lima (7,2%), Moquegua (7,1%), Áncash y la Provincia Constitucional del Callao (7,0% en cada caso) e Ica y Lambayeque (6,8% en cada caso). Asimismo, las personas octogenarias superan la cifra de 334 mil y la mayoría son mujeres (58,4%). En el país 2,8 millones de personas son adultos mayores (INEI, 2013). Y en la ciudad de Trujillo, capital de la Libertad; cuenta con una población de 811 979 de los cuales 54 004 pertenecen al grupo de los adultos mayores, de éstos 24 653 son varones y 29 351 son mujeres, que representan el 10.2% de la población (ODEI, 2010).

La población adulta mayor seguirá creciendo a través de los años y dentro de la sociedad la vejez, la cual forzosamente está asociada a un déficit de capacidad. Ya que la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social; por lo tanto se expone a enfermedades, abusos, maltratos y/o aislamiento (ETXEERRIA, 2008).

Es así que las personas mayores pueden ser concebidas como perpetuos niños, carentes de independencia por su condición de edad. No se les piensa como ciudadanos, o al menos no de carácter activo, sino que en el mejor de los casos son meramente co-protegidos, y aunque se emprendan actividades destinadas a mejorar determinadas capacidades individuales de liderazgo o de participación, en raras ocasiones se piensa realmente en incluirlas plenamente (ETXEBERRÍA, 2008).

Por otro lado, el envejecimiento según la OPS/OMS (1993); es el proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo declinante, individual y por el momento inevitable, que se asocia al paso del tiempo, tornando al individuo más vulnerable al medio y merma su capacidad de adaptación a los retos de la vida, influenciando tanto por factores genéticos, ambientales como por la capacidad de adaptación del ser humano.

La OMS (2002): « define el maltrato de las personas adultas como, “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.” Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión.». Es así que la problemática del adulto mayor es el maltrato en sus diferentes tipos, que abarcan las siguientes categorías: Maltrato físico: Abuso psicológico/emocional. Abuso económico/material: Abuso sexual: Negligencia, visto como rechazo

(intencionado o no) o fracaso en el cumplimiento de una obligación de cuidados (MESIAS Y Cols., 2006).

Según la OMS (2012), en los países desarrollados, entre el 4% y el 6% de las personas mayores han sufrido algún tipo de maltrato en su entorno familiar. Los adultos mayores que residen en instituciones también pueden ser víctimas de maltratos, que pueden consistir en imponer restricciones físicas, privarles de su dignidad (por ejemplo, no cambiándoles de ropa cuando está sucia) o negarles los cuidados necesarios intencionadamente (por ejemplo, no previniendo la aparición de úlceras por presión). El maltrato a las personas mayores puede ocasionar graves lesiones físicas y tener consecuencias psicológicas a largo plazo.

El maltrato a las personas adultas mayores, podría ser generada a raíz de los cambios que sufren en esta etapa de vida. Dentro de ellos tenemos, a los cambios biológicos; que se dan sobre el organismo, generando una involución de todo el organismo y se establece de forma progresiva. Los cambios más visibles son en la apariencia física. Así mismo disminuye la fuerza muscular, la capacidad de movimiento y respuesta rápida; pérdida de calcio en los huesos, el sistema nervioso se afecta de manera importante, los reflejos disminuyen su intensidad de respuesta y estructura y el ciclo de sueño se altera. Por otro lado los sentidos también se afectan al igual que las defensas inmunológicas, haciéndolos susceptibles a infecciones, enfermedades autoinmunes y neoplásicas; el músculo cardíaco altera el ritmo del corazón y disminuye su fuerza, la concentración de oxígeno de la sangre

disminuye, aumenta la secreción bronquial; disminuyen la deglución y absorción de sustancias generando, tendencias al estreñimiento. Por ultimo puede haber incontinencia o retención urinaria (REOLID y Cols., 2005).

Muchos de estos cambios conllevan a que la persona adulta mayor se torne dependiente, volcando a la familia en su único soporte, sin embargo en muchos casos el hogar se convierte en un espacio de marginación, abandono y de maltrato físico y psicológico (VIGUERA, 2008).

Dentro de los cambios sociales; las personas mayores experimentan un ejercicio limitado de la igualdad y la libertad, debido a desigualdades explícitas en cuanto a situación y a derecho, ya que, las políticas públicas muchas veces no han tomado en cuenta sus necesidades (ONU, 1995).

De ahí que gran parte de las intervenciones se concentran en acciones que las personas adultas mayores no poseen en comparación con otros grupos, de acuerdo a un modelo androcéntrico de la organización y el funcionamiento de la sociedad. Por antonomasia, los instrumentos de política más comunes ofrecen paliativos para superar esas pérdidas o carencias, y muchas veces se enfocan solo en aquellos individuos y sectores que dependen estrictamente del Estado para lograr niveles mínimos de subsistencia. Excepcionalmente la acción pública está destinada a ofrecer los mayores estándares de vida posibles a las personas de edad por su sola condición de miembros de la sociedad y sus legítimas aspiraciones de ciudadanía (HUENCHUAN, 2010).

En este contexto, se podría asegurar que el principal problema de las personas mayores es la discriminación en razón de su edad, la que tiene por consecuencia obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Como secuela, las personas mayores están expuestas a sufrir la pobreza, la invisibilización o la fragilización, con sus particulares expresiones en esta etapa de la vida.

Desde esta perspectiva, es evidente que el mero reconocimiento formal de la igualdad de derechos sin distinción alguna, como ocurre en los actuales instrumentos internacionales de derechos humanos o en las mismas legislaciones nacionales, no es suficiente para cambiar la situación de desventaja de las personas mayores, puesto que la estructura e ideología dominante impiden su realización práctica. Aunque en algunos países existan normas que promuevan la participación plena de las personas mayores en la sociedad, hoy en día estas suelen resultar insuficientes, porque no hay un contexto propicio que les facilite el ejercicio pleno de la ciudadanía. La sociedad las segrega en razón de su edad y las personas mayores actúan a su vez como un grupo limitado en las relaciones de poder, ubicándose más frecuentemente entre los excluidos de las relaciones de influencia, lo que perpetúa su posición asimétrica en la distribución de los recursos y beneficios que genera el desarrollo.

El origen de esta situación reside en el hecho que las instituciones aún no se han adaptado a la nueva composición por edades de la población, ni en términos estructurales ni ideológicos, y continúan funcionando en base a un imaginario asentado en la juventud, en el que la vejez indefectiblemente está asociada con las pérdidas (HUENCHUAN, 2003). De este modo, las personas adultas mayores se acercan o se desvían de un supuesto estándar de normalidad, el que en ningún caso es neutro, sino que se encuentra sesgado en favor de parámetros físicos y psíquicos que constituyen el estereotipo de la cultura dominante (COURTIS, 2004).

Además, en el aspecto social surge un tema fundamental que es el tiempo. En esta etapa de vida hay más tiempo para realizar actividades de ocio y continuar aprendiendo. El número de actividades se estrecha con la edad, y las actividades físicamente más demandantes se descontinúan o dedican menos tiempo y sus actividades están enfocadas a su familia, trabajo y ocio (PAPALIA Y Cols., 2009).

Desde el fin de la madurez, el individuo, sufre una confrontación entre sus realizaciones existenciales y sus proyectos ideales. Esta confrontación está precipitada por la aparición de algunos momentos críticos. El desplazamiento social - la jubilación: una de las crisis, consiste en la pérdida del papel social y familiar. Ello supone a menudo, junto a la pérdida de índole económica, la privación de status social y prestigio. También tenemos el sentimiento de inutilidad: a medida que el anciano va perdiendo facultades, cada vez depende más de los demás. Ese deterioro le conduce inexorablemente a la

pérdida de autonomía personal y a la dependencia de los demás, es la realidad que mayores repercusiones psicológicas tiene. Y por último, la soledad; es la crisis que se produce por la pérdida de personas queridas. Esta soledad puede ser mortal cuando los ancianos viven con sus hijos y sienten que son un estorbo; o cuando los adultos mayores no tienen con quien compartir su vida (MARIN, 2000).

Frente a estos cambios que experimenta el adulto mayor, encontramos que se enfrentan a maltratos tales como el abuso patrimonial, que se define como la utilización de la pensión o jubilación, en beneficio propio o de terceros, así también como la apropiación de bienes mediante engaños. Otro tipo de maltrato es el estructural, que ocurre cuando no se ha generado las condiciones para la adecuada satisfacción de las necesidades básicas de las personas, afectando el ejercicio de los derechos humanos y ciudadanos (KORNFELD, 2012).

Y por último, los cambios psicológicos, que se caracteriza por el periodo involutivo dados por los esfuerzos que debe realizar el individuo para adaptarse a los cambios biológicos y limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento. La adaptación psicológica: las diversas aptitudes cognoscitivas del individuo se ven afectadas en distinta medida en el proceso de envejecimiento. Y la memoria: es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe. La memoria inmediata o de hechos recientes disminuye notoriamente, ello conduce a repetir las mismas preguntas y conversaciones (MARIN, 2000).

Muchos de estos cambios conllevan a que la persona adulta mayor se torne dependiente y en muchos casos el hogar se convierte en un espacio que le genera abandono, maltrato físico y psicológico, para los adultos mayores. En estos últimos años encontramos que la familia ha sufrido cambios, que en lugar de cohesionar a las familias, acelera el proceso de desestructuración y de desvalorización de sus miembros de la tercera edad. Al igual que ha pasado en la sociedad, podemos observar que se comenten abusos, maltrato físico, psicológico y hasta sexual a nuestros adultos mayores, por el simple hecho que se encuentran susceptibles y accesibles a estos maltratos.

Respecto a esta conducta que se observa en la sociedad y dentro de las familias se hace necesario impulsar iniciativas que faciliten la educación y la toma de conciencia de la población en relación al maltrato del adulto mayor, en todas sus formas. Como sabemos el adulto mayor, es una persona que no siempre puede valerse por sí misma, y es a la hora de recibir los cuidados y atenciones necesarias cuando surgen problemas, constatados en el sistema. Si el adulto mayor tiene alguna enfermedad, se incrementa el riesgo de sufrir maltrato por parte de su familia o por el personal apto para su cuidado, que puede ser físico y mental. Se debe pensar en que ahora se es joven, pero algún día adulto mayor, lo que hace desear estar bien cuidados y tener atenciones necesarias.

Al adulto mayor, sea o no pariente, se le debe atender en función de mejorarle la calidad de vida. Por el contrario vivimos en un mundo donde impera la violencia, producto de una crisis integral, política, social y económica

que castiga duramente a amplios sectores sociales. Un gran número de personas pertenecientes a los sectores más vulnerables de población son los niños, jóvenes, discapacitados, mujeres y personas mayores, son quienes más sufren violencia social en sus múltiples tipos.

Durante los últimos años ha aumentado considerablemente el grado de sensibilidad social por el fenómeno de la violencia y el maltrato. En principio la atención se focalizó en el maltrato infantil, después en la violencia doméstica y hoy se ha despertado el interés por el maltrato y negligencia de la que son víctima las personas mayores. E incluso a la mayoría de las personas les resulta difícil comprender como este hecho pueda ocurrir, porque consideran que solo se da en instituciones y les parece impensable que las personas mayores puedan ser maltratadas en sus propios hogares, gradualmente se está reconociendo que los mayores están sufriendo abandono y/o malos tratos en sus propios domicilios, en hogares de familiares cercanos o en instituciones.

Las primeras investigaciones realizadas en España por el grupo de trabajo de la SEGG revelan que entre un 5 y un 10 por ciento de los adultos mayores sufren abusos y malos tratos con un predominio de los abusos y abandonos frente al maltrato físico. El porcentaje más elevado se puede producir en sus propios hogares, pero también en instituciones, residencias y hospitales. Son más frecuentes en pacientes con deterioro cognitivo, demenciados, muy dependientes, mayores de 75 años y, sobre todo, en mujeres (PEREZ, 2007).

Los estudios realizados en otros países como Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, han concluido que la proporción de personas adultas mayores que según informes sufren malos tratos o abandono, oscila entre el 3% y el 10%. Lo cual resulto que el abandono es la forma más común de maltrato, y se hallan diferencias significativas entre las tasas correspondientes a hombres y mujeres (REOLID Y Cols., 2005).

Esta situación de maltrato al adulto mayor, se pudo observar en las distintas rotaciones por los servicios en los diferentes hospitales, centros de salud y en los asilos, durante las prácticas pre profesionales. Muchos de ellos se encargan de cuidar a sus nietos mientras los padres de estos trabajan, o son los únicos responsables de cuidarlos y tienen que trabajar de cualquier modo para lograr algún tipo de ingreso económico que es mínimo. En parte depende del grado de dependencia que ellos tengan, la “ayuda” que puedan brindar (realizando las labores domésticas, cuidando a los niños) entre otras.

Siendo la etapa del Adulto Mayor compleja, por los múltiples cambios que experimentan, que deterioran su organismo, se ven afectados, más aún si son ellos los que enfrentan situaciones negativas, como es el maltrato. Además del maltrato físico y psicológico al que se enfrentan; existen otros tipos del maltrato ya que al encontrarse en situación de pobreza y descuido por parte del estado peruano, son víctimas del maltrato estructural, sin contar el maltrato dentro de la sociedad.

Razón por la cual, nuestra investigación cualitativa trata sobre las perspectivas de los adultos mayores acerca del maltrato en sus diferentes tipologías. La investigación abordará desde la perspectiva de los adultos mayores, los factores críticos dentro de este problema. Los significados que los propios actores atribuyen al constructo maltrato y la carga afectiva que trae de la mano, serán interpretados una vez conocido estos factores determinantes y desde qué universo de sentido los formulan. Por tanto, el estudio está encaminado a averiguar cómo conciben y definen las personas mayores, el maltrato y sus diferentes tipos.

Con la presente investigación pretendemos dar aportes sobre la perspectiva del adulto mayor y conocer cómo se enfrentan ante ellas; resumiendo los factores determinantes y factores consecuentes, con la finalidad de generar toma de conciencia dentro de la sociedad actual, dando a conocer las “voces ausentes”, como en muchas ocasiones encontramos reflejadas las opiniones de las personas adultas mayores.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente interrogante:

“¿CÓMO ES EL MALTRATO FAMILIAR Y SOCIAL, DESDE LA PERSPECTIVA DEL ADULTO MAYOR, DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL DE VISTA ALEGRE?”

II. OBJETIVOS:

- ❖ Describir el maltrato familiar y social, desde la perspectiva del adulto mayor.
- ❖ Analizar el maltrato familiar y social, desde la perspectiva del adulto mayor.

III. TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1 .TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo Cualitativo; de carácter descriptivo-explorativo, la cual se hizo para conocer parte de la vida de los participantes en la investigación, así como su propio mundo, relacionados con el objeto en estudio. La importancia de este tipo de estudio recae en obtener descripciones de las experiencias sobre el fenómeno en estudio, tal y como las viven los sujetos. Por consiguiente la metodología cualitativa no mide un fenómeno sino que lo describe y lo interpreta para que se conozca su complejidad y profundidad (DE LA CUESTA, 1998; RODRÍGUEZ, 1999).

La investigación cualitativa se presenta como el camino más coherente para lograr los objetivos trazados, además considera el contacto directo entre los investigadores con la realidad que no puede ser cuantificada, trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, permitiendo comprender los comportamientos de los sujetos de investigación a partir de la dimensión subjetiva, favoreciendo el estudio del fenómeno en su integridad y en su contexto natural (MINAYO, 1994).

3.2 TIPO DE ESTUDIO:

Dentro de las modalidades de la investigación cualitativa se optó por la investigación descriptiva exploratoria.

El propósito del método descriptivo es describir situaciones de determinado fenómeno, se investiga intensamente los antecedentes e interacciones ambientales de una unidad social determinada. Una unidad social es una entidad organizada o un campo de personas o familiar, es decir, buscan especificar las propiedades o características importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (TELLO, 2004).

El estudio exploratorio es una investigación del significado de un evento de vida para un grupo de sujetos que comparten un evento particular. Los estudios descriptivos exploratorios se efectúan, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado (HERMANDEZ, 1999). Nos permite familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real o investigar problemas del comportamiento humano que se consideran cruciales en una determinada área.

3.3 ESCENARIO DE ESTUDIO:

El escenario del estudio de la presente investigación fue el “Hospital Distrital de Vista Alegre, Distrito de Víctor Larco, Provincia Trujillo, Departamento La Libertad”.

Esta localidad costera ubicada aproximadamente a un kilómetro del mar se encuentra completamente urbanizada y para el año 2011 albergaba una población de aproximadamente 10 000 habitantes. En Salud esta localidad cuenta con el Hospital Distrital Vista Alegre inaugurado en Julio del 2011 destinado para la atención de la población del distrito Víctor Larco Herrera. El club del adulto mayor, de este Hospital, se encuentra dirigido por el personal de enfermería y en el mes de abril del presente año, se ha reestructurado el programa, actualmente cuentan con 48 adultos mayores en su gran mayoría mujeres.

3.4 SUJETOS DE ESTUDIO:

Las personas adultas mayores constituyen una población especial que necesitan rescatar su valoración y ayudarle a seguir creciendo como ser humano aún en su estado. Por ello, estudiar el maltrato hacia el adulto mayor se hace evidente, pues es un ser con necesidades de vivir, fisiológicas, de apoyo emocional, espiritual y humano.

Los participantes del estudio estuvieron conformados por 6 adultos mayores que asisten al club del adulto mayor del Hospital Distrital de vista Alegre, lo cual aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Así mismo se tuvo los siguientes criterios de selección:

- Adultos mayores con edades comprendidas entre 60 a 80 años de ambos sexos.
- Adultos mayores en uso de sus facultades cognitivas.
- Adultos mayores que acepten participar de la investigación.

3.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTO:

INSTRUMENTO:

Con la finalidad de abordar mejor el objeto de estudio y asegurar una aproximación más comprensiva de los discursos, se consideró necesario realizar la triangulación metodológica: dentro de métodos. Esta forma de triangulación es la combinación de dos o más recolecciones de datos, similares aproximaciones cualitativas (como la observación y la entrevista semi-estructurada) en el mismo estudio para evaluar el mismo fenómeno donde los datos obtenidos de la entrevista y de la observación participante se codifican y se analizan por separado y luego se comparan, como una manera de validar los hallazgos (MERCEDES, 2002).

La entrevista cualitativa semi-estructurada como parte de uno de los instrumentos útiles en estos tipos de trabajos, han permitido a las

investigadoras, la obtención de la información ampliada respecto al maltrato del adulto mayor, pues esta técnica, facilita expresar de manera más fluida sus inquietudes, problemas y vivencias sobre su vida. En este sentido se consideró necesario para el abordaje técnico del trabajo de campo la entrevista a profundidad y la observación participante, de acuerdo con Minayo (1994), quien considera que a través de la entrevista el investigador busca obtener informes contenidos en el habla de los autores sociales. Es entendida como un conversa de dos con propósitos bien definidos, se caracteriza por una comunicación verbal que refuerza la importancia del lenguaje y del significado de la palabra, sirve como un medio de recojo de informaciones sobre un determinado tema científico; y a través de este procedimiento podemos obtener datos objetivos y subjetivos.

La entrevista a profundidad, posibilita un diálogo intensamente correspondido entre entrevistador e informante. En ella generalmente acontece la liberación de un pensamiento crítico reprimido y que muchas veces nos llega en tono de confidencia. Es un mirar cuidadoso sobre la propia vivencia o sobre determinado acto. Su finalidad es conseguir información lo más significativo posible, sobre el objeto de análisis que se plantea (MINAYO, 1994).

En la presente investigación se seleccionó esta técnica por las ventajas que aporta, su estilo abierto permite obtener información, contextualizada, y personalizada sobre el tema de estudio. En este sentido la entrevista en

profundidad, se ha realizado con un diseño flexible, para recoger toda la información posible.

La entrevista estuvo constituida por preguntas abiertas acerca del maltrato y las experiencias vividas acerca de los diferentes tipos de maltrato dentro de la familia y la sociedad, esto nos ayudó a determinar cómo es la vivencia frente al maltrato que se enfrentan, para así analizar los discursos y definir las categorías y subcategorías. Con la finalidad de recoger todos los datos posibles y ampliar el conocimiento del estudio fue necesario tener como instrumentos de apoyo para la entrevista una grabadora, (usado en los adultos mayores que dieron su consentimiento).

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La recolección de los datos fue realizada por las investigadoras durante los meses de octubre y noviembre del año 2013, previa coordinación con el personal asistencial, encargado del club del adulto mayor del “Hospital Distrital de Vista Alegre”. Para iniciar la recolección de datos se realizó la coordinación de las fechas respectivas, con la enfermera encargada del programa, para la explicación respectiva del proyecto y la firma de consentimiento informado de los adultos mayores que participaran voluntariamente.

Se realizó la presentación del consentimiento informado de manera verbal para poder ser partícipe del estudio, los datos se obtuvieron utilizando la técnica de la entrevista personalizada a través de una guía elaborada por las investigadoras; así como también la aceptación de que dicha entrevista sea grabada. Luego de aceptado, se procedió a la realización propia de la

entrevista a profundidad. Las entrevistas se desarrollaron en los domicilios de los participantes, a través de la visita domiciliaria, con una duración de 30 a 50 minutos.

Para delimitar las unidades de estudio se utilizó la técnica “bola de nieve” o también definida como “Saturación”, en la cual la indagación culmina cuando las entrevistas se repiten en su contenido. Finalmente para el ordenamiento e identificación de las entrevistas se asignó la letra (E-1), (E-2)... (E-6) para cada una de las seis entrevistas.

3.6 CONSIDERACIONES ETICAS:

La investigación cualitativa se basó en criterios que tuvieron como finalidad la calidad y objetividad de la investigación. Se respetó la confidencialidad de la información manteniendo el anonimato, y privacidad. Así como se obtuvo el consentimiento informado y además se basó en el derecho de autodeterminación (POLIT, 2000).

❖ **Confidencialidad:** Es primordial en la ética. Desde el inicio de la investigación se explicó a cada participante la finalidad entrevista, grabaciones y demás información obtenida de exclusividad solo son con fines de investigación, teniendo en cuenta el anonimato de los entrevistados y garantizándole que por ninguna razón los datos obtenidos podrán ser expuestos en público.

❖ **Privacidad:** Se consideró teniendo en cuenta el anonimato de los entrevistados.

❖ **Consentimiento Informado:** Se logró al solicitar la autorización al Adulto Mayor para la realización de la entrevista grabada y obtención de sus datos, informando con detalle el procedimiento y los propósitos de la investigación, garantizando en cualquier momento la decisión de los participantes de abandonar el estudio.

❖ **Dignidad Humana:** Derecho a la autodeterminación, consiste en dejar que el participante exprese lo que siente, lo que piensa y lo que hace sin ningún tipo de coacción, así mismo se realizó en un ambiente tranquilo, cómodo y lejos de bullicio de la gente.

3.7 RIGOR CIENTIFICO:

El rigor científico estuvo dado por los criterios que determinan la calidad de la información. Los criterios fundamentales para lograrlo son propuestos por Guba y Lincoln (1985): La confirmabilidad o auditabilidad, la credibilidad o valor de verdad, formabilidad y transferibilidad o aplicabilidad, que enfatizan en la evaluación del rigor científico al finalizar la investigación, lo cual tiene el riesgo de que el (la) investigador (a) no identifique las amenazas contra la validez y confiabilidad del estudio y las corrija durante el mismo (SUÁREZ, 2007).

❖ **Confirmalidad:** Denota la objetividad en la investigación y está referida a datos documentados, oriundos de las observaciones iniciales, cuya repetición es verificada por medio de otras fuentes o confirmadas por éstas (SUÁREZ, 2007). Se alcanzó mediante la caracterización de los Adultos Mayores entrevistados, y la descripción de cómo se llevó a cabo el estudio, desde el

inicio hasta el final, de tal manera que algún lector u otro investigador puedan seguir la sucesión de eventos en el estudio y con el entendimiento de su lógica. En conclusión la confirmalidad se logró al realizar una explicación y justificación de cómo llegó a interesarnos la materia en estudio, como incluimos a nuestros sujetos o piezas de evidencias, como fue la colección, recolección y transformación de datos, su interpretación y presentación.

❖ **Credibilidad:** Es el incremento de la posibilidad de que la información recibida sea la más auténtica. Se logra de diversa maneras, como el uso de la observación persistente y focalizada, conexión mutua entre el investigador y el informante. Esta dada por la verdad establecida mutuamente entre el investigador y el informante, es la verdad conocida, sentida y experimentada por la gente que está siendo estudiada. Se usó la observación y la comprobación de los informantes tratando de contrastar la versión del investigador de lo que él ha creído detectar en las opiniones de grupos de personas que tienen conocimiento sobre el sujeto de la investigación.

❖ **Formabilidad:** Se refiere a la estabilidad en el tiempo y frente a distintas condiciones. El procedimiento conocido como réplica paso a paso, constituye uno de los métodos empleados para evaluar la estabilidad de la información.

❖ **Aplicabilidad:** Busca aplicar los hallazgos significativos en otros contextos donde se encuentren personas pasando por experiencias similares. La transferibilidad o aplicabilidad, se refiere a la posibilidad de transferir los resultados del estudio a otros contextos o poblaciones.

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE HALLAZGOS

Esta fase esencial de la investigación tiene la finalidad de acuerdo con Minayo (1994), establecer una comprensión de los datos recogidos, confirmar los presupuestos de la investigación y/o responder a las interrogantes formuladas y ampliar el conocimiento sobre el tema investigado, articulando al contexto de la cual es parte. El análisis cualitativo consiste en reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar la información para tener una visión más completa de la realidad objeto de estudio.

En esta etapa de análisis, se consideró conveniente utilizar el análisis del discurso, el cual tiene por finalidad explicar como un texto produce sentido y permite comprender, el sentido del discurso; ya que el texto precisa tener material lingüístico necesario para que la persona pueda acompañar el movimiento del diálogo, lo más rápido posible de lo que ocurre en el momento en el que fue enunciado. El análisis del discurso, es un concepto teórico-metodológico que tiene como objetivo básico, realizar una reflexión general sobre las condiciones de producción y aprehensión de los significados de textos producidos en los diferentes campos (MINAYO, 1992).

Como resultados de la entrevista semi-estructurada y de la observación participante, y teniendo como guía el análisis del discurso propuesto por Orlandi (2002), y la perspectiva de Minayo (1994), el análisis de la información siguió un proceso que se inició con: ordenación de los datos que

incluye el mapeo de todos los datos obtenidos en el trabajo de campo, la clasificación de los datos, en donde se tiene en cuenta que todo dato no existe por sí solo, es construido a partir del cuestionamiento que hacemos sobre ellos, con base en una fundamentación teórica, y luego se procede al análisis final, en donde se procura establecer articulaciones entre los datos y los referenciales teóricos de la investigación.

Estas perspectivas de análisis permitieron estructurar las categorías propuestas en las que se presentan una idea global sobre los aspectos más relevantes que conforman el maltrato hacia el adulto mayor.

Según Minayo, (1994) las categorías son empleadas para establecer clasificaciones, y trabajar con ellas significa agrupar elementos, ideas o expresiones en torno de un concepto capaz de incluir todo eso. Para ello se tuvo el siguiente procedimiento:

Una vez transcrita las entrevistas tal y como fueron expresadas por los sujetos (texto Etic), se procedió luego a transcribir los discursos de tal forma que los lectores puedan comprender con mayor claridad, lo quieren decir los sujetos del estudio, es decir se tradujo al texto Emic, cuidando en todo momento de no perder la esencia del mensaje. Posteriormente se revisó, ordenó, clasificó y codificó los discursos, teniendo en cuenta ideas, expresiones similares, concordantes de cada participante, para luego hacer el análisis profundo de lo que quiso decir el entrevistado. En esta parte de la investigación, el investigador se encuentra en un proceso de ida y vuelta

buscando relacionar significados, lo dicho y no dicho en cada palabra, frase, u oración, del participante, es decir, qué están queriéndonos decir detrás de lo expresado, se considera que cuando habla el informante, habla la verdad de él, de allí la importancia de comprender que quiere decir con lo que expresa, porque dice así y no de otra forma.

El análisis de los discursos de los Adultos Mayores, se realizaron en base a los conceptos que los entrevistados dieron del maltrato en la familia y la sociedad. Es así que con la ayuda de la teoría y siendo ésta enfocada en el presente estudio, se pudo identificar en las experiencias del Adulto Mayor; dos categorías con sus respectivas subcategorías:

I. CATEGORIA I: PRESENCIA DEL AMOR Y DESAMOR EN LA FAMILIA.

II. CATEGORIA II: DESPROTECCIÓN DE LA VEJEZ EN LA SOCIEDAD, con las siguientes subcategorías:

- ❖ Entre la pobreza y la indigencia.
- ❖ Atención y desatención en salud.
- ❖ Exclusión social del adulto mayor.

CATEGORIA I: PRESENCIA DEL AMOR Y DESAMOR EN LA FAMILIA

La familia es una organización social básica en la reproducción de la vida; en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y en la vida cotidiana, es un espacio complejo y contradictorio. Emerge como producto de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto socio-político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia singular de la propia organización (DE JONG, 2000).

Una definición de familia según Bustamante, quien nos manifiesta que la familia es un organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedad, que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo, espacio y territorio determinado, al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada, biológica, solidaria, amorosa, cultural y socialmente (BUSTAMANTE, 2001).

Como se menciona en los conceptos de familia, es una sociedad, donde existe el compartir diario entre varios miembros, los cuales crean lazos entre los mismos, permitiéndoles interconectarse y enraizarse, biológica, solidaria, cultural, social y amorosamente. El amor como parte fundamental de las relaciones, la convivencia y el desarrollo de la familia.

El amor es una de las palabras más gastadas de nuestra lengua, y como fenómeno interpersonal, uno de los más castigados. Según Maturana; considera al amor como fenómeno biológico, que tienen lugar dentro del dinamismo de la vida, desde sus realizaciones más primarias, hace miles de millones de años, hasta las más complejas en el ámbito humano; el amor es un fenómeno cósmico y biológico. Al alcanzar el nivel humano, el amor se manifiesta como un proyecto de libertad, como una gran fuerza de cohesión, de simpatía y de solidaridad. La gente se une y recrea por medio del lenguaje del amor, el sentimiento de afecto y de pertenencia a un mismo destino a un mismo camino histórico (BOFF, 2002).

Así como el amor se encuentra ligado a todas las relaciones interpersonales, esta fundamentalmente se da entre los miembros de la familia, por otro lado tenemos la existencia del desamor en estas mismas relaciones. **El desamor** no es más que la contraposición del amor, y que sus actos pueden verse reflejado en malos tratos.

Muchos hijos podrían decir: “yo no maltrato a mi padre”. Pero durante la convivencia pueden surgir actos de desamor, que conllevan al maltrato en la familia. **El maltrato** es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona adulta mayor; estos actos ponen en peligro la integridad física o también su integridad psicológica (INPEA, 1995).

Tal como señala un informe elaborado por la ONU en el 2002, la violencia doméstica en contra de las personas adultas mayores, se produce en el contexto de una descomposición de las relaciones entre los adultos y su familia o de una falta de armonía familiar (REOLID Y Cols., 2005).

Esta categoría nos permitió descubrir como el adulto mayor relaciona el trato que recibe de su familia, con la presencia del amor y desamor. Dando como resultado que el desamor que ellos perciben está vinculado hacia el maltrato en la familia. De esta forma, vemos cómo el Adulto Mayor percibe vivencias diarias, por parte de su familia, en las cuales se encuentran situaciones de maltrato; tales como, maltrato físico, maltrato psicológico, económico y abandono.

El maltrato físico a través del **desamor** que el adulto mayor percibe de sus familiares, en este caso sus hijos, encontramos actos que se traducen en maltrato físico, como lo podemos evidenciar en los siguientes discursos:

“Mi hija es así, por los problemas que tiene y a veces pero muy pocas veces me ha aventado de su lado, cuando yo trato de abrazarla para que se calme o cuando está llorando, siento que no me quiere.” (E-1) A

“Es muy triste las cosas que pase con mi hijo, él no me quiere, él es una persona muy agresiva, porque toma mucho y tuvimos varios enfrentamientos, hasta con golpes; y al final lo tuve que votar de mi casa y ahora estoy más tranquilo, pero igual tengo miedo que regrese mi hijo.” (E-5) A

“Mi hijo varias veces cuando discutimos me empuja contra la pared y en ocasiones me ha llegado a levantar la mano, no me aprecia mucho de seguro.”

(E-6) A

El maltrato físico significa infligir incomodidad física, dolor o lesión. Incluye comportamientos tales como palmotear, pegar, y manejo brusco. Son agresiones que dañan la integridad corporal, realizados con la intención de provocar dolor, lesión, debilitación o ambas. Puede ser en forma directa o con objetos. Por ejemplo: golpes, puñetazos, cortes, ataduras, jalada de pelo, bofetones, pinchazos, empujones, sacudones, pellizcones, reclusión, quemaduras e inmovilización física (GARCIA, 2006).

La Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar, la define como cualquier acción que cause daño físico de forma no accidental por parte de cualquier familiar o allegado. Puede darse bajo la forma de puntapiés o patadas, puñetazos, bofetadas, jalones de cabello, empujones, tirar al suelo, golpes con palos, leñas, maderas, bastones, ahorcamiento o intento de asfixia, latigazos, correazos, pegar con sogas, heridas con armas punzocortante o arma de fuego, golpes con otros objetos contundentes (piedras, fierros, botellas, herramientas), otras agresiones físicas con el cuerpo (arañazos, mordeduras, rodillazos, cabezazos, pisotones, etc.) y otros (PNCVFS, 1997).

Como podemos analizar el maltrato físico es infringir daño al adulto mayor, de diferentes formas; tal como se aprecia en los discursos, los adultos mayores refieren que han sufrido, empujones, golpes, y bofetadas.

En nuestro país los casos de maltrato hacia el adulto mayor que se da en la familia, son pocos de cuantificar, debido a que en su gran mayoría no son reportados; hay estudios donde se reporta, que el maltrato físico se da en un (16.1%) y se manifiesta mediante empujones en un (30.4%), con puñetazos (17.4%), bofetadas (15.2%), jalones de cabello (13.2%), entre otros. En cuanto al lugar en donde se produjo el maltrato, en el (98.31%) de los casos fue en la casa de la víctima; siendo el hijo(a) el principal agresor en (52.54%) y en un (83.9%) de los casos, el agresor se encontraba sobrio (MARTINA Y Cols., 2009).

Analizando los datos sobre el maltrato físico que sufren los adultos mayores, vemos que se da en el ámbito familiar, principalmente por los hijos; donde influye mucho el trato afectivo que se da entre ambos. No obstante para exista este tipo de maltrato, la gran mayoría de los hijos se encuentran sobrios.

El adulto mayor pertenece a una familia, la cual es considerada como un organismo vivo y complejo; donde los individuos que pertenecen a la misma, desarrollan lazos de solidaridad y amor, entre otros (BUSTAMANTE, 2001). El amor por su parte es un fenómeno biológico e interpersonal, donde las personas se unen y crean los sentimientos de afecto y pertenencia (BOFF, 2002). Mientras que el desamor es la ambivalencia del amor, reflejado en el “no querer”.

El maltrato físico es a consecuencia del desamor que los hijos tienen hacia sus padres, y que dentro de esta situación los adultos mayores se sienten no queridos, no viéndolo como un maltrato; así nos damos cuenta que

los adultos mayores no encuentran la necesidad de denunciar estos hechos, y que siguen y viven con este tipo de maltrato.

También encontramos, que el **maltrato psicológico** surge a raíz del **desamor**, el adulto mayor es víctima del maltrato psicológico, como lo podemos evidenciar en los siguientes discursos:

“Mi hija me dice que no puedo hacer nada, porque soy vieja y que sus problemas son de ella y de nadie más, siento que no me quiere.” (E-1) A

“Mi hijo es una persona muy agresiva y mala, no quiere a nadie, menos a mí y tuvimos varios enfrentamientos, con palabras, insultos, me gritaba fuerte señorita, mi hijo me insulta diciendo que soy un viejo, sucio y huelo mal.” (E-5)B

El maltrato psicológico disminuye la identidad, dignidad y autovaloración de la persona adulta mayor. Por ej.: gritos, insultos, amenazas, remedar, ignorarlo, aislarlo, excluirlo de los eventos significantes y suspensión de derechos. Puede identificarse a través de: falta de actitud dialógica, de escucha apropiada, silencios, insultar, amedrentar, humillar, reproches o intimidar, echarlo a la calle, recluirlo en una habitación, aislarlo, ataque verbal, amenazar, reñirlo o gritarle, ignorarlo, humillarlo, infantilizarlo, chantaje emocional, sobrecarga de tareas domésticas, exclusión de decisiones familiares, obstaculización de espacios y horarios de descanso (GARCIA, 2006).

Otra definición es; conjunto de acciones de parte de un familiar o allegado, que de manera sistemática atacan la esfera psicosocial de la víctima.

Las agresiones psicológicas suelen anteceder o acompañar a la violencia física. Esto se puede dar bajo la forma de gritos, insultos, indiferencia, rechazo, desvalorización y humillación, amenazas de daño o muerte a la víctima, impedimento de estudiar y/o recibir visitas o salir, romper o destruir las cosas del hogar o las cosas personales de la víctima, como también la vigilancia continua (PNCVFS, 1997).

Como podemos analizar el maltrato psicológico es dada hacia el adulto mayor, con el fin de disminuir su identidad, dignidad y autovaloración, de diferentes formas; tal como se aprecia en los discursos, los adultos mayores refieren que han sufrido, insultos, humillaciones y exclusiones de problemas familiares.

Así mismo se reporta casos de maltrato, donde la violencia psicológica se da en un (77.12%), los insultos alcanzan el 33.4%, la desvalorización y humillación 23.6% y el rechazo con un 10.5%; no menos importante es la amenaza de daño, muerte en un 5.9%. En cuanto al lugar en donde se produjo el maltrato, en el (98.31%) de los casos fue en la casa de la víctima; siendo el hijo(a) el principal agresor en (52.54%) y en un (83.9%) de los casos, el agresor se encontraba sobrio (MARTINA Y Cols., 2009).

Son datos que reflejan que el maltrato psicológico así como el maltrato físico que sufren los adultos mayores, tiene como escenario dentro de su familia, donde los hijos son los responsables en su gran mayoría. Tal como se aprecia en los discursos.

El maltrato psicológico que se aprecia en los discursos, donde los adultos mayores reciben de sus hijos, insultos y humillaciones; es a consecuencia del desamor que los hijos, tienen hacia sus padres y que dentro de esta situación, los adultos mayores se sienten no queridos, no viéndolo como un tipo de maltrato y además que el maltrato psicológico en su gran mayoría se acompaña del maltrato físico; así nos damos cuenta que los adultos mayores pueden y de hecho son víctimas de maltrato y conviven con el mismo, ya que no lo ven como tal, ellos lo ven como actos de desamor de parte de sus hijos, dando como resultado, lo que se evidencia en la actualidad la falta de denuncias por parte de los adultos mayores.

También encontramos, que a raíz del **desamor**, el adulto mayor es víctima del **maltrato económico**, como lo podemos evidenciar en los siguientes discursos:

“Mi hijo no me quiere, el me insulta y me agrede, pero siempre lo hace para quitarme lo poquito que ganaba en mi trabajitos; lo único que quiere es quitarme mi platita y como yo no le daba reaccionaba así, pues el acostumbra a tomar mucho.” (E-6) B

El maltrato económico se denomina también abuso material o abuso a la propiedad involucra el mal uso del dinero o propiedad. Por ej.: hurto de dinero o posesiones, forzando una firma en cheques o en documentos legales, empleando mal un poder de abogado y forzando o engañando a un adulto mayor en vender o regalar su propiedad. Se identifica a través de: malversación de propiedades, dinero; robo; ingreso forzado en una residencia;

dependencia económica; explotación; uso ilegal de los recursos del mayor al cobrar pensiones; falsificación de documentos; desaparición de documentos, chantaje económico, expulsión del hogar, etcétera (GARCIA, 2006).

En la mayoría de las investigaciones, sugieren que el abuso físico y financiero estaría más relacionado con la dependencia del victimario sobre la víctima así también como el abuso de alcohol u otras drogas (DAICHMAN, & QUIROGA, 2002).

Tal como observamos en el discurso, el victimario es el hijo del adulto mayor, el cual según referencia de su padre, consume frecuentemente bebidas alcohólicas.

La familia para el adulto mayor, en su gran mayoría, constituye un sostén durante esta etapa, pues se considera como una organización social básica en producción a la vida; en la cual emergen múltiples condiciones en un contexto socio-político, económico y cultural (DE LONG, 2000).

Dentro de las condiciones que enfrentan la familia encontramos que, estas relaciones se basan en principios, que se instauran entre ellas tales como, la comunicación, la solidaridad y el amor (BUSTAMANTE, 2001). El amor es un fenómeno biológico e interpersonal, que crea lazos de pertenencia y afecto (BOFF, 2002).

Por otro lado tenemos que el desamor, es la ambivalencia del amor; lugar donde se generan muchas situaciones, que se traducen como formas de maltrato; en este caso el adulto mayor sufre el robo de su dinero por parte de

su hijo; también se percibe que el adulto mayor excusa el maltrato que recibe y lo traduce como el “no querer” de su hijo.

Por ultimo vemos que el **desamor**, que el adulto mayor percibe de sus familiares, en este caso sus hijos, también encontramos actos que se traducen en **abandono**, como lo podemos evidenciar en los siguientes discursos

“Los hijos se olvidan de uno, ya no te llaman, no te visitan y menos te ayudan por ejemplo, antes mi hija era más atenta, ella me llamaba seguido, me mandaba mi propinita para mi cumpleaños y para el día de la madre, ella también me visitaba seguido y nos íbamos a pasear por el centro y ahora ya no es así.” (E-1) A

“No sabe cuánto extraño a mi esposo y mis hijos y a veces me siento muy sola como que se olvidaron de mí que no existo o que ya no soy importante para nadie, ruego para que mi hijo este donde este, que un día se acuerde de mí y venga a verme, porque yo necesito un abrazo y beso de mi hijo.”(E-3) A

“Los hijos se olvidan de los padres, cuando tienen familia, ya nosotros no importamos, hace mucho que no sé nada de mis hijos y menos de mis nietos, es una lástima haber tenido 5 hijos y haberles tratado de dar todo lo necesario, para que ahora este abandonado por ellos porque ni siquiera me visitan.” (E-6)

A

“Yo me encargo de hacer todas mis cosas solo, mis hijos no se preocupan de mí, así que no me queda más que hacer todas mis cosas solo.” (E-6) B

El abandono, se encuentra tipificado como maltrato, ya que consiste en deserción o fracaso, intencional (activo) o no intencional (pasivo), de un de un individuo que ha asumido la responsabilidad de proveer custodia física o

cuidado a un anciano. Presenta una amplia gama de manifestaciones, como no administrar cuidados o supervisión necesaria respecto a alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados, dejar solo a un mayor que no pueda valerse en forma personal, hacer consultas tardías, no tomar medidas para evitar accidentes previsibles y prevenibles y descuidar el suministro de enseres. También la exclusión forzada o mediante engaño del grupo familiar, el olvido de la persona mayor por parte de la familia y la falta de comunicación regular, entre otros (GARCIA, 2006).

Tal como encontramos en los discursos, es evidente que los adultos mayores refieren que se sienten olvidados por los hijos y que ya casi, ni se comunican con ellos, no los visitan, entre otras cosas; como se viene mencionando la familia es el centro de la sociedad, donde se comparte a diario entre sus miembros; donde manejan principios orientados a la vida en familia, enfatizados en la relación sujeto-familia, las cuales están sustentadas en la comunicación, la solidaridad y el amor (BUSTAMANTE, 2001). Como señala un informe de la ONU en el 2002, la violencia familiar en contra de los adultos mayores, se produce en el contexto de una descomposición de las relaciones entre el adulto mayor y su familia o en otros casos la falta de armonía familiar (REOLID Y Cols., 2005).

Uno de los principios que se debe dar en la familia es el amor, el cual es innato a todos los seres humanos, como un fenómeno cósmico y biológico. Creando entre los sujetos, sentimientos de afecto y pertenencia (BOFF, 2002).

De lo analizado podemos concluir que los adultos mayores perciben el abandono de sus hijos, como la falta de afecto que a raíz de la descomposición que se da en la familia, ya que los hijos forman sus propias familia, generando percepción del desamor, que no es más que otro tipo de maltrato, el abandono.

Mientras el **amor** que los adultos mayores perciben de sus familiares, son reflejados en los tratos con amor y cariño; cómo podemos evidenciarlo en los siguientes discursos:

“Mis hijos vienen a visitarme una vez al año y pues como están lejos me llaman seguido, para ver como estoy y siempre me dicen que valla a visitarlos, me quieren mucho.” (E-2) A

“Yo vivo con mi hijita la menor que se ha separado de su esposo y mis dos nietas. Mis hijos me visitan una vez al mes, la que está pendiente de nosotros es mi hijita.” (E-4) A

“Mis hijos me visitan una vez al mes y me llaman casi siempre, están muy pendientes de mí y me dan mi propina de vez en cuando; mis hijos están pendientes de mí, en mi medicina, mi comida y todos los otros pagos de la casa, la luz y el agua y lo demás.” (E-5) A

En los discursos podemos encontrar que **el amor** y el cariño que los adultos mayores reciben de sus hijos; están involucrados en las vivencias de buen trato y no es necesaria la presencia del responsable, en este caso los hijos.

La familia es el centro de la sociedad, es un compartir diario entre varias personas con características distintas, con diferentes comportamientos y

edades, unos con más experiencias que otros; donde logran adaptarse a la forma de vida. Las familias manejan ciertos principios que orientan la vida de la familia, incluyendo los procesos de cuidar/cuidado de la misma. La familia ha construido sus principios, enfatizados las relaciones del sujeto-familia sustentadas en la conversación, en la solidaridad y en el amor (BUSTAMANTE, 2001).

El amor es una la palabras más gastadas de nuestra lengua, y como fenómeno interpersonal, uno de los más castigados. Según Maturana; considera al amor como fenómeno biológico, que tienen lugar dentro del dinamismo de la vida, desde sus realizaciones más primarias, hace miles de millones de años, hasta las más complejas en el ámbito humano. El amor es un fenómeno cósmico y biológico. Al alcanzar el nivel humano, el amor se manifiesta como un proyecto de libertad, como una gran fuerza de cohesión, de simpatía y de solidaridad. La gente se une y recrea por medio del lenguaje del amor, el sentimiento de afecto y de pertenencia a un mismo destino a un mismo camino histórico (BOFF, 2002).

Por otro lado tenemos a la ternura, que es el afecto que brindamos a las personas y el cuidado que aplicamos a las situaciones existenciales. La ternura surge del mismo acto de existir en el mundo con los demás. Pasa cuando uno permanece en el otro, no por las sensaciones que le produce, sino por amor, porque aprecia su diferencia y valora su vida y sus luchas. La ternura es la fuerza propia del corazón, es el deseo profundo de compartir caminos. La

angustia del otro es mi angustia, su éxito es mi éxito y su salvación o su perdición es mi salvación y perdición (BOFF, 2002).

Encontramos también a la amabilidad, que se supone es la capacidad de sentir el corazón del otro y el corazón secreto de todas las cosas. La persona amable ausculta, pega el oído a la realidad, presta atención y pone cuidado en todas las cosas. El rostro identifica y distingue al ser humano de otros seres humanos. A través del rostro, el ser humano se relaciona éticamente con el otro. En el rostro queda reflejado si lo acogemos, si desconfiamos de él o si lo excluimos (BOFF, 2002).

Por otra parte tenemos a Bustamante que menciona sobre los principios que se han constituido en la familia, relaciones sustentadas en la comunicación, la solidaridad y el amor; entre otros (BUSTAMANTE, 2001).

La comunicación, como el lenguaje fenómeno de la vida, en la historia evolutiva de los seres humanos. Así también tenemos que la solidaridad presentada por las familias es la complementación de la singularización y la identificación de la misma; haciendo que la familia, se perciba como un organismo vivo indispensable para la existencia de los otros. Y como principio fundamental dentro de la familia, tenemos al amor, es la vinculación de la parte emocional entre los individuos; y como sabemos el ser humano nace con un repertorio de emociones, que se desarrollan a través de las vivencias (BUSTAMANTE, 2001).

Analizando la teoría de Boff, podemos observar que el adulto mayor percibe en los actos y situaciones, por parte de sus hijos la presencia del amor, del afecto, el trato amable y la ternura; a través de la presencia y la ausencia de los mismos; estos actos se ven reflejados en, las visitas de sus hijos, sus llamadas y el apoyo que les brindan para que ellos puedan tener una vida saludable y digna. El amor es un fenómeno fundamental en las vivencias de los adultos mayores, así también como la comunicación entre los miembros de su familia; así podemos decir que los principios que menciona Bustamante, tales como la comunicación, la solidaridad y el amor, están presentes en las vivencias de los adultos mayores.

El amor y su ambivalente, el desamor; son responsables de muchas situaciones de buen-trato y mal-trato que perciben los adultos mayores. Así que tenemos que tener en cuenta que el adulto mayor no percibe un maltrato, ellos perciben desamor dentro de su familia y en este caso de parte de sus hijos; razón por la cual los adultos mayores se reúsan a denunciar dichos actos o situaciones.

CATEGORIA II: DESPROTECCION DE LA VEJEZ EN LA SOCIEDAD.

La desprotección, en términos generales se refleja como la no protección; la protección no es más que la acción misma de proteger de dar apoyo o instaurar medidas en un sistema protector. La protección de los adultos mayores, dada por los derechos instaurados para los mismos, está configurándose como tema central en el abordaje de la mayoría de las planificaciones destinadas a mejorar la vida cotidiana de este numeroso grupo de ciudadanos. Con frecuencia se asocia a garantías de protección económica, de acceso a recursos socios sanitarios o culturales, de respeto a la capacidad de elección o a la intimidad pero es menos frecuente asociarlo con el afrontamiento de las situaciones de malos tratos que vulneran gravemente los derechos de estas personas (SANCHO Y Cols., 2011).

Como podemos observar, la vida es un proceso cíclico, el cual debe ser analizado detenidamente, ya que comprender cambios que van ocurriendo a través de los años, teniendo especial consideración en el “tercer acto o acto final”; **la vejez**. Es importante entender que las personas envejecen y con el envejecimiento individual cambian las necesidades y resultan necesarios ciertos derechos derivados de la situación como personas adultas mayores. Pero las sociedades también envejecen en la medida en que cambian su composición por edades y en este envejecimiento colectivo, se modifican los perfiles de las demandas sociales. Es por esta razón que, se debe hablar del aumento en la expectativa de vida, mejor calidad de vida y mayor integración social, para el adulto mayor (REDONDO, 1990).

Las personas adultas mayores, al igual que las demás personas, también necesitan gozar de independencia, autorrealización, participación, dignidad y cuidados; principios que se deben establecer para proteger a este segmento social, muy vulnerable en una sociedad caracterizada por muchos cambios dentro de la globalización, aspectos que no le permiten al adulto mayor alcanzar el respeto y las condiciones para una realización personal satisfactoria. Donde la **sociedad**, no es más que la unión de un grupo de personas que conforman un estado, donde todos viven bajo leyes comunes e instauradas para su protección y bienestar (ROMIEUX, 1998).

Podemos definir el adulto Mayor es la persona de 60 años y más, que sufre cambios, en este caso el plano social; la ancianidad se considera como una etapa de decadencia en lo físico y mental, dotando al adulto mayor una imagen de incapacidad, de inutilidad social y de rigidez, de ahí que acepten su deterioro como algo fatal que los lleve a asumir en su forma de vida; lo cual exige un proceso de aceptación, acomodación y adaptación, siempre orientada al sentido de integración, meta psicosocial última de la vejez. Caso contrario estos cambios pueden traer resultados negativos, tales como el maltrato (MARIN, 2000).

La desprotección que sufre el adulto mayor dentro de la sociedad, no es más que un tipo de maltrato que logra pasar desapercibido, por la misma sociedad (INPEA, 1995). Indica que «el maltrato es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier

relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor».

Esta desprotección del adulto mayor ha generado un tipo de maltrato que le da la sociedad, hablamos del **Maltrato Estructural o Societario**; es aquel que ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales, económicas, que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existente. Incluye la falta de políticas y recursos sociales y de salud, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, de normas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen de la persona mayor. Esto va en perjuicio de la persona y no permite la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades. Se expresa socialmente como discriminación, marginalidad y exclusión social (PEREZ, 2004).

Esta categoría nos mostrará cómo perciben los adultos mayores, la falta de protección, por parte de la sociedad; lo que se traduce en maltrato hacia ellos, donde las leyes existentes para su protección, se encuentran ocultas en la realidad de sus vivencias. Es así que esta categoría, la podremos entender más conociendo su sub categorías que son:

- ❖ Entre la Pobreza y la Indigencia.
- ❖ Atención y Desatención en salud.
- ❖ Exclusión Social De La Vejez.

SUBCATEGORÍA: ENTRE LA POBREZA Y LA INDIGENCIA.

Esta subcategoría nos describe como los adultos mayores, viven entre **la pobreza y la indigencia**; ya que el ingreso mensual que reciben a través de la pensión por jubilación, no cubre todas sus necesidades; otro tema importante es que encontramos es, la pensión de viudez; donde podemos observar claramente la discriminación por género. Finalmente encontramos que a raíz de esta problemática, los adultos mayores, se ven en la necesidad de seguir trabajando y entre esta necesidad, el adulto mayor, pide ayuda al gobierno; un pedido colectivo que parece no ser escuchado en nuestra sociedad; toda esta problemática no es más que una desprotección de la vejez dentro de la sociedad, generado por el maltrato estructural que el adulto mayor percibe.

La pobreza es un fenómeno complejo y multidimensional, razón por la cual existen múltiples definiciones y maneras de medirla. Tradicionalmente se ha definido la pobreza como privación material, medida mediante el ingreso o el consumo del individuo o la familia. En este caso se habla de **pobreza extrema o indigencia** como la falta de ingreso necesario para satisfacer las necesidades de alimentación básicas. Estas últimas se suelen expresar en términos de requerimientos calóricos mínimos. Adicionalmente existe la definición de pobreza general o relativa, que es la falta de ingreso necesario para satisfacer tanto las necesidades alimentarias básicas como las necesidades no alimentarias básicas, tales como vestido, energía y vivienda (UNDP 2000).

En el Perú la medición de la **pobreza** se da por varios enfoques, pero el más usado es el que se ha denominado “pobreza monetaria”. Bajo este concepto, una persona es clasificada como pobre cuando el ingreso por habitante de su hogar es inferior al valor de “línea de la pobreza” o monto mínimo necesario que le permitiría satisfacer sus necesidades esenciales. Las líneas de pobreza se determinan a partir de una canasta de bienes y servicios básicos. En términos simples, si una persona puede comprar esa canasta mínima es considerada no pobre, mientras que si su capacidad de gasto es menor al costo de esa canasta es considerada pobre (INEI, 2013).

Para la **pobreza extrema o indigencia** se estima el costo de una canasta básica de alimentos, que abarca los bienes necesarios para cubrir las necesidades nutricionales de la población, tomando en cuenta los hábitos de consumo y la disponibilidad de alimentos y precios. De este modo se llega a la línea de la pobreza extrema o indigencia (INEI, 2013).

Encontramos en el año 2012 en el Perú, el adulto mayor, que vivía en la pobreza era en un (23,7%) y entre la indigencia en un (5,9%) (INEI, 2012). Lo cual refleja una problemática existente, donde el adulto mayor es víctima de un maltrato estructural; siendo acosados por la pobreza y la indigencia.

A continuación los discursos que se presentan, observamos como los adultos mayores viven en medio de la **pobreza y la indigencia**, ya que lo que

reciben de las pensiones de jubilación, no les es insuficiente para cubrir sus necesidades básicas:

“si tengo pensión 65 que hace poco me han inscrito, pero no alcanza porque solo recibo 125 soles al mes y pues como yo vivo con mi señora eso es solo nos alcanza para nuestra comida.” (E-4) A

“si tengo pensión, huy pero es bien poquito lo que recibo; yo cobro solo 300 soles señorita, y pues eso solo me alcanza para mi comida y algunas cositas de mi aseo y una vez al año pues me comprare alguna ropita.” (E-3)A

La pobreza y la indigencia, es un fenómeno complejo y multidimensional, razón por la cual existen múltiples definiciones y maneras de medirla. Tradicionalmente se ha definido la pobreza como privación material, medida mediante el ingreso o el consumo del individuo o la familia. Esta última se suelen expresar en términos de requerimientos calóricos mínimos (UNDP, 2000).

El Adulto Mayor pasa por una etapa de la vida considerada como el último acto, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo conveniente que el adulto mayor pueda disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad posible, cubriendo sus necesidades básicas, para lo cual solo cuentan con una pensión de jubilación en la mayor parte de los casos.

La pensión de jubilación es la prestación económica, que consiste en una pensión vitalicia, única e imprescriptible, que se concede al trabajador

cuando este llega a una determinada edad y cesa de trabajar. Su finalidad es proteger la ausencia de ingresos que se produce por el cese en la actividad laboral (MEF, 2004).

En el Perú, dentro del sistema de pensiones, existen tres regímenes principales: el del Decreto Ley No. 19990 (denominado Sistema Nacional de Pensiones - SNP), el del Decreto Ley No. 20530 (denominado Cédula Viva) y el Sistema Privado de Pensiones (SPP). Los dos primeros son administrados por el Estado y forman parte del Sistema Público de Pensiones; mientras que el tercero es administrado por entidades privadas denominadas Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (AFP). Muy separada a estos regímenes el gobierno instauró un Programa Nacional de Asistencia Solidaria, Pensión 65, se creó con la finalidad de otorgar protección a los grupos sociales especialmente vulnerables, dentro de los cuales están comprendidos los adultos a partir de los 65 años de edad que carezcan de las condiciones básicas para su subsistencia, los cuales se encuentran entre la pobreza y la indigencia.

Como se menciona, el objetivo de la jubilación es proteger la ausencia de ingresos del adulto mayor, que se traduciría en que los adultos mayores deben tener la pensión justa y digna, que les permita vivir tranquilos; situación contrario a los discursos que encontramos dentro de la investigación; pues los adultos mayores reciben pensiones de jubilación que no cubre todas sus necesidades y que los enfrenta a vivir entre la pobreza y la indigencia.

En el Perú la medición de la pobreza se da por varios enfoques, así que optaremos por centrarnos en aquel usado por el gobierno peruano -a través del INEI- y por la CEPAL (2011), denominado “pobreza monetaria”. Bajo este concepto, una persona es clasificada como pobre cuando el ingreso por habitante de su hogar es inferior al valor de “línea de la pobreza” o monto mínimo necesario que le permitiría satisfacer sus necesidades esenciales. Las líneas de pobreza se determinan a partir de una canasta de bienes y servicios básicos. En términos simples, si una persona puede comprar esa canasta mínima es considerada no pobre, mientras que si su capacidad de gasto es menor al costo de esa canasta es considerada pobre.

La forma de medir la pobreza monetaria se basa a la canasta básica familiar, que en el 2013 fue de 292 soles por persona que forma una familia, informó el INEI. Por región natural, el valor de la línea de pobreza para el mismo año, en la costa es de 335 soles por per cápita mensual, en la selva es de 249 soles y en la sierra es de 238 soles (INEI, 2013).

Como observamos los adultos mayores refieren tener un ingreso mensual desde 125 y 300 soles, que reciben como jubilación, un indicador de que ellos sufren el acoso diario de la pobreza y la indigencia; este es un indicador donde podemos observar la desprotección del adulto mayor dentro de la sociedad; reflejado en **el maltrato estructural**, la cual incluye problemáticas, como, la falta de políticas, recursos sociales y económicos, o su mal ejercicio e

incumplimiento de leyes existentes, desprotegiendo así al adulto mayor (PEREZ, 2004).

Otro tema resaltante es la pensión de viudez, como observamos en los discursos a continuación, donde se ve reflejado la desigualdad de género, dentro de la pensión por viudez que perciben, observando como tienen que vivir acosadas por la pobreza y la indigencia:

“si tengo pensión de viuda, pero huy señorita eso no alcanza para nada; yo cobro solo 250 soles señorita, y pues eso solo me alcanza para mi comida y esto es.” (E-1) A

“si tengo pensión de viuda, huy pero es bien poquito lo que recibo; yo cobro solo 300 soles señorita, y pues eso solo me alcanza para mi comida y algunas cositas de mi aseo y una vez al año pues me comprare alguna ropita.” (E-3)A

La pensión de viudez, que las mujeres adultas mayores, es un monto máximo igual al 50% de la pensión que le hubiera correspondido al trabajador, ley instaurada por el Decreto Ley 19990 del Sistema Nacional de Pensiones (MEF, 2004).

La falta de equidad ha pasado al centro de la escena tanto en la política social como en la económica. En un examen desde la perspectiva del modelo de desarrollo económico, América Latina aparece como la región del mundo con la peor distribución del ingreso, lo que lleva a considerar lo siguiente:“...la equidad, es decir, la reducción de la desigualdad social en sus múltiples manifestaciones es la vara fundamental para medir la calidad del desarrollo.

Este esfuerzo no es ajeno a los patrones de desarrollo económico e indica, por lo tanto, que al mismo tiempo que se busca un crecimiento económico más estable y dinámico se debe perseguir también un desarrollo más integrador en términos sociales (CEPAL, 2000).

En América Latina y en otras regiones del mundo en desarrollo la dimensión de género ha sido una preocupación de reciente data, pero la CEPAL y el Banco Mundial empezaron a estudiarla a partir de mediados de los años noventa. Esta problemática tiene su origen en el hecho de que las políticas públicas, como las de pensiones, se diseñan y llevan a la práctica sobre la base de la imagen de un “usuario tipo”, que no es sino una ficción estadística. “La ausencia de la dimensión de género en seguridad social es dramática en nuestra región. En el proceso de reformas a los sistemas de pensiones, el análisis de género ha estado ausente y, por tanto, no ha sido un tema discutido con la profundidad necesaria en los ámbitos gubernamentales, académicos y políticos. Esto se debe en parte al desconocimiento general de la población respecto del funcionamiento de los nuevos sistemas de pensiones, como también por el disminuido espacio que el tema de equidad de género ha tenido en los estudios de sistemas de pensiones reformados” (ARENAS DE MESA, 2001).

Analizando la problemática nos damos cuenta, que las viudas sufren una desigualdad en la recepción de la pensión por viudez, generando así también que su ingreso mensual, sea reducido a la mitad, por su condición de viudedad,

que en líneas generales, y tienen que convivir entre la pobreza y la indigencia, el cual no es más que el maltrato estructural que las viudas adultas mayores sufren por parte de la sociedad, siendo desprotegidas por la misma.

De este modo llegamos a la conclusión que los adultos mayores perciben una pensión por jubilación, que no cubre con todas sus necesidades, ya que la mayoría mencionan que el dinero solo cubre su alimentación, esto conduce a que los adultos mayores se vean obligados o en la necesidad de seguir trabajando, con el fin de seguir aportado a su familia o en otros casos para cubrir todas sus necesidades básicas y poder vivir tranquilos; como a continuación observamos en los siguientes discursos:

“Por allí hago mis arreglos de ropa, como tengo mi maquinita y saco aunque sea alquilo para ayudar así a mi hija, pues ahora todo es caro señorita.” (E-1) B

“Yo se tejer señorita y pues hago mis mantelitos y cositas así y se las vendo a mis amigas o a sus hijas también a mis vecinas, y ya en algo me ayudo aunque no es mucho, pero algo es algo”. (E-3)B

“Yo vivo con mi señora esa plata de la jubilación solo nos alcanza para nuestra comida, tratamos de ahorrar al máximo para que nos alcance pero también tenemos que trabajar para poder vivir al menos tranquilos.”(E-4) B

Podemos observar, el adulto mayor vive a diario en la **pobreza** y en situaciones sobre la **indigencia**, viéndose en la necesidad de seguir trabajando; son voces de protesta que no se han escuchado aun o que quizás ellos mismos se han guardado por temor a no tener respuesta alguna.

Dentro de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Establece derechos fundamentales como el de igualdad y la prohibición de discriminación por cualquier condición, el derecho a la seguridad social y a condiciones de vida adecuadas, los que son aplicables por extensión a las personas mayores y de gran importancia para el desarrollo de las libertades en la vejez.

En la constitución política del Perú, capítulo II Artículo 11° menciona que: El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisar asimismo su eficaz funcionamiento. Y en la LEY N° 28803 (Ley de las Personas Adultas Mayores) Toda persona adulta mayor tiene, entre otros, derecho a:

1. La igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa de sus intereses.
2. Recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil elevando su autoestima.

Sin embargo, el envejecimiento de la población peruana es una situación demográfica cuyos efectos sociales y económicos requieren de una respuesta activa de los diferentes sectores de la sociedad en general, involucrados en la temática del adulto mayor. En nuestro país, la Política de Estado para las personas adultas mayores tiene como referente el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002 - 2006, que recoge el mandato de las

Naciones Unidas de proporcionar “un marco de referencia para la protección y promoción de los derechos de las personas de edad” (ONU, 2002).

Los adultos mayores, en su mayoría tienen la necesidad de trabajar, porque la pensión de jubilación les es insuficiente y ellos aún son responsables de la solvencia económica de sus hogares; en el Perú, el 74,2% de la población adulta mayor son jefes de hogar. En el ámbito del hogar se desarrollan las relaciones interpersonales, las cuales se orientan a satisfacer las necesidades de sus miembros; asignando el rol de jefe o jefa de hogar al integrante que toma las decisiones de carácter económico-doméstico y, el que está relacionado con los ingresos y gastos del hogar. El 74,2% de las personas de 60 y más años de edad de sexo masculino se desempeñaron como jefe de hogar, en el caso de las mujeres, el 25,8% fueron jefas de hogar. En general, a medida que se incrementa la edad, la jefatura de hogar femenina también aumenta, hecho que está relacionado con la mayor esperanza de vida que tienen las mujeres (INEI, 2013).

Es de esta manera que observamos que los derechos que se han instaurado para proteger a los adultos mayores en nuestro país; garantiza que el estado es responsable, de que el adulto mayor tenga una vida saludable, digna y tranquila; mas todo queda en leyes y derechos que no son respetadas, que se encuentran como ocultos y menos son supervisadas para su cumplimiento eficaz. Observando así otra vez la **desprotección** y por ende el **maltrato estructural** que sufre el adulto mayor dentro de la **sociedad**.

Problemática por la cual el adulto mayor pide al gobierno ayuda para que al fin puedan vivir tranquilos sus últimos años, como a continuación observamos en los discursos:

“El gobierno debe aumentar las pensiones de los jubilados, para así no darnos una propina y pues podamos estar bien económicamente y poder vivir tranquilos.” (E-1) C

“Con la platita de la jubilación no podemos vivir tranquilos, nos deberían dar algo más.” (E-3) C

“El gobierno no hace nada por mejorar las pensiones y poder darnos más platita para poder vivir tranquilos al menos.” (E-4)

Como observamos en lo sustentado, el adulto mayor sufre un **maltrato estructural o societario**, que esta enmascarado entre leyes y políticas públicas, que el estado mismo no se encarga de supervisar su cumplimiento; dentro de las teorías del maltrato, encontramos una que podría explicar esta actual situación que padecen los adultos mayores; **Perspectivas teóricas de la economía crítica y la economía política del envejecimiento**: Estas teorías hacen hincapié en el impacto de la sociedad sobre la vida de las personas adultas mayores, marginados dentro de la sociedad. Desde este modelo se señala que muchos de los problemas que tienen las personas mayores no son consecuencia de procesos biológicos o naturales del propio proceso de envejecimiento, sino que reflejan las desigualdades sociales que limitan los roles y los recursos de las personas mayores. Varios autores consideran la construcción social de la pobreza y del estatus dependiente en la vejez, así

como el menor valor de las personas mayores en nuestra sociedad como resultado, aunque no exclusivamente, de las diversas políticas sociales (PAPADOPOULOS Y LA FONTAINE, 2000).

En esta teoría se hace referencia al término «dependencia estructurada» que sugiere que los servicios sanitarios y sociales y las instituciones que gestionan las vidas de las personas adultos mayores (por ejemplo, la obligación de la jubilación a una edad determinada, cobrar una pensión en lugar de un salario, la institucionalización y la restricción de los roles al ámbito doméstico) contribuyen a reforzar la dependencia y marginalización de las personas mayores. Desde esta perspectiva, los malos tratos surgirían debido a la marginación de las personas adultas mayores por la sociedad (PAPADOPOULOS Y LA FONTAINE, 2000).

En general son muchos los problemas que enfrenta el adulto mayor, como es el caso reciente que acabamos de analizar y encontramos que el adulto mayor, vive a diario entre la pobreza y la indigencia; obligado y en la necesidad de seguir trabajando, para subsistir en sus necesidades básicas o aportar a la familia; lo cual se traduce que los derechos del adulto mayor que le brinda el estado, están ocultos para ellos y tienen que vivir desprotegidos por el gobierno y en su conjunto, por la sociedad.

SUBCATEGORÍA: LA ATENCION Y LA DESATENCION EN SALUD.

Esta subcategoría nos describe como los adultos mayores, sufren la atención y la desatención en el sector salud; ellos refieren que hay profesionales de salud que tiene un buen trato y una gran mayoría que tienen un maltrato, esto se le suma, la estructura organizacional inadecuada del sector salud, que se traduce en la desprotección del adulto mayor, maltratándolos de forma estructurada o societaria.

La atención, es la acción y el resultado de atender. En el ámbito de salud, como lo es, 'atención al paciente'; que es el servicio que se presta a las personas que requieren recuperar su salud. Como seres humanos, nuestra **salud** y la de quienes están a nuestro cuidado es motivo de preocupación cotidiana. En pocas palabras, cuando hablamos de bienestar, a menudo estamos pensando en salud. El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. En el plano internacional, se proclamó por primera vez en la constitución de la organización mundial de la salud (OMS), de 1946, donde se define a la **salud** como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la usencia de afecciones y enfermedades” (ONU, 2008).

Por otro lado **la desatención**, no es más que la falta de atención o la atención inefectiva y cuando hablamos de **salud**, podremos encontrar muchas formas; el derecho a la salud que posee todo ser humano, se aplica a un contexto amplio, para el estudio nos enfocaremos en lo que la atención

sanitaria. Un error muy común es creer que el Estado debe garantizarnos buena salud. Sin embargo, la buena salud depende de varios factores que quedan fuera del control directo de los Estados, por ejemplo la estructura biológica y la situación socioeconómica de las personas. El derecho a la salud hace más bien referencia al derecho a disfrutar de un conjunto de bienes, instalaciones, servicios y condiciones que son necesarios para su realización. Tales como la infraestructura, de los centros hospitalarios, una organización funcional y adecuada a las necesidades de su población, así como una atención de calidad y con calidez, hacia los usuarios, en este caso los adultos mayores (ONU, 2008).

Todas las personas adultas mayores, pasan por el proceso del envejecimiento, el cual no es más que un proceso natural, irreversible y continuo, durante el ciclo de vida. Siendo indiscutible que toda persona adulta mayor tiene derecho a una mejor calidad de vida, al acceso y buenos servicios de salud. Es por ello, que resulta importante, tener una mayor calidad de atención de la salud, mejora la equidad y la inclusión social.

La Ley 288033 (2006), Ley de las Personas Adultas Mayores, establece que el Estado debe proporcionarles atención preferente en los servicios de salud integral, acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia. En el artículo 7 se establece que deben gozar de beneficios como consultorios, hospitales, clínicas, farmacias privadas y laboratorios, así como

servicios radiológicos y de todo tipo de exámenes y pruebas de medicina computarizada y medicamentos de prescripción médica.

El Ministerio de Salud, aprobó en junio del 2003 el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud" para el período 2002 - 2012, a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención integral de salud, especialmente de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados, en los Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores se señala la necesidad de atender de manera integral las necesidades de salud de esta población, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, promoviendo el envejecimiento activo y saludable a través del abordaje eficiente de las necesidades de salud de esta población (MINSA, 2005).

Como encontramos, existen leyes y políticas de salud que exigen la protección del adulto mayor, en esta área que es la salud; sabemos que el proceso del envejecimiento, trae consigo muchos problemas de salud, en su mayoría, los adulto mayores padecen enfermedades crónicas, la cual hace necesaria y dispensable asistir a un hospital, recibir la atención del personal de salud y recibir los medicamentos que necesitan. Mas las leyes y políticas existentes, no son aplicadas efectivamente; esto se ve reflejado en la desatención por parte de salud, desprotección por parte de la sociedad, lo que traduce al maltrato estructural que sufre el adulto mayor, cuando el mismo quiere acceder a los servicios de salud.

Es así que la **desatención en salud**, genera grandes problemas de accesibilidad al servicio de salud, para los adultos mayores tal como observamos en los siguientes discursos:

“Soy asegurada. Nos tratan mal señorita, solo nos dan pastillas y más pastillas y ni siquiera te atienden como debe, primero para sacar cita se demoran en darte una como un mes casi; y cuando vas a la cita tienes que hacer unas colas enormes y también tienes que madrugar.” (E-1) B

“Si tengo SIS, a veces hay facilidades como a veces no, porque tenemos que estar muy temprano y a veces no hay gente o hay mucha gente y pues como no hay para la mañana y no citan para la tarde.” (E-2) A

“Ir al hospital es perder todo el día en el, primero tienes que madrugar para sacar cita y también para ir el día de la cita”. (E-4) B

“Yo me atiendo en el seguro, pero huy es un problema ir a sacar cita o ir el día de la cita. Nosotros los adultos mayores deberíamos tener hospitales donde nos puedan atender bien, nos den buena medicina”. (E-5) A

“Primero la cita te la dan en un mes o más, luego el día de la cita tienes que madrugar, uno que ya es mayor estar desde temprano hace mal para la salud. Luego en el consultorio del doctor hay algunos que no saben tratar parece que estuvieran apurados y te atienden simple, nada más”. (E-5) B

“Tengo SIS, a veces tenemos facilidades como a veces no, pero siempre tenemos que estar desde muy temprano, si quieres que te atiendan.” (E-6) A

“Si encuentras cita, tenemos que esperar un montón de tiempo para que nos atiendan luego”. (E-6) B

La desatención en salud, no es más que la falta de atención o la atención inefectiva en salud. Como sabemos el derecho a la salud hace más bien referencia al derecho a disfrutar de un conjunto de bienes, instalaciones, servicios y condiciones que son necesarios para su realización. Tales como la infraestructura, de los centros hospitalarios, una organización funcional y adecuada a las necesidades de su población, así como una atención de calidad y con calidez, hacia los usuarios, en este caso los adultos mayores (ONU, 2008).

El Ministerio de Salud, aprobó en junio del 2003 el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud" para el período 2002 - 2012, a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención integral de salud, especialmente de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados, en los Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores se señala la necesidad de atender de manera integral las necesidades de salud de esta población, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, promoviendo el envejecimiento activo y saludable a través del abordaje eficiente de las necesidades de salud de esta población. Y, respecto a los servicios de salud, se precisa que es política de Estado atender la demanda de servicios de salud de las personas adultas mayores y en especial de los más vulnerables (MINSa, 2003).

Este Plan tomó en cuenta los Objetivos del Milenio, entre los principios rectores de este Plan, se señalaron el de la universalidad, la equidad, que

significa que el Estado brinda los servicios de salud e implementa las estrategias que permiten a las personas acceder a ellos, sin discriminación de sexo, raza, religión, condición social o económica, y, en este caso, agregaríamos, sin discriminación por su edad; la calidad del servicio, implica que deben satisfacerse las necesidades del individuo en forma oportuna y eficaz, respetando sus derechos. Lo que consistiría en adecuar los servicios de salud a las expectativas de los usuarios, ofreciendo servicios de calidad y con calidez, en este caso mejorando la estructura organizacional en salud (MINSAs, 2003).

Es así que la desatención en salud, que perciben los adultos mayores; no es más que un maltrato estructural que reciben los adultos mayores, lo cual constituye actualmente uno de los mayores obstáculos que enfrenta el sector salud en nuestro país; generando una desconformidad en su atención por parte de los usuarios en este caso, los adultos mayores se ven involucrados y afectados en su calidad de vida.

El Maltrato estructural, el cual es y ocurre desde las estructuras de la sociedad, mediante normas legales, sociales, culturales, económicas; que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existente. Incluyendo la falta de políticas, recursos sociales y de salud, el mal ejercicio e incumplimiento de estas leyes ya existentes, perjudicando así a la persona adulta mayor, a la cual no se le permite la satisfacción de sus necesidades y desarrollo de sus potencialidades (PEREZ, 2004).

Como se observa en los discursos, los adultos mayores aquejan, por la demora de las citas, el tiempo de espera para ser atendidos y sobre la medicina que reciben. Esto refleja una desatención en salud hacia el adulto mayor y el reflejo del maltrato estructural del cual aquejan.

Otro problema del cual el adulto mayor es víctima frente a **la atención y desatención en salud**; es la actitud que toma el personal de salud, frente al servicio que brinda, en este caso los médicos, a continuación los discursos:

“El doctor te atiende rapidito te hace algunas preguntas y ya está, te da un montón de medicina para tomar, que solo dios sabe para qué son, porque ni te explican bien como se deben tomar.” (E-5)B

“Esperas tanto para que el doctor te atienda en 1 minuto, porque ni siquiera te revisa ni te mira, solo está escribiendo en su máquina y luego te dice lo mismo de siempre y te da las mismas pastillas, pero que más nos queda señorita ir allí; a veces pienso que ya nos dan pastillas para que poco a poco nos maten.” (E-1)C

“Los doctores deben de hablarnos claro, que se les entienda lo que quieren decir y sobre todo con paciencia, porque uno ya se olvida de las cosas y vuelve a preguntar y ellos te responden, pero pareciera que les molesta. Ha también que nos examinen como se debe con calma y no solo que te miren y ya allí se terminó todo.” (E-4) C

“Hay muchos doctores que no les importa; es como si ya apestamos que al parecer no quiere que estamos tanto tiempo en su consultorio; a mi señorita me da mucha indignación, creo que si uno fuera jovencita otra fuese la situación, pero como uno esta vieja, nos tratan como cualquier cosa.” (E-5) C

“Los doctores no nos miran, no nos preguntan cómo nos sentimos ni que es lo que tenemos, nos dan algunas medicinas del hospital pero mayormente nos mandan a comprar medicina a la calle.” (E-2) D

En los argumentos, encontramos como el rostro transmite, sensaciones cuando miramos y cuando no miramos, al otro; tal como lo mencionan los adultos mayores.

El **Rostro** no es en absoluto una forma plástica como un retrato; la relación con el Rostro es, por una parte, una relación con lo absolutamente débil lo que está expuesto absolutamente, lo que está desnudo y despojado, es la relación con lo desnudo. El rostro configura esa imagen privilegiada del semejante, donde se inscriben todos los movimientos de la subjetividad, y que se nos impone como una súplica y como un mandato. Del rostro emana toda la autoridad interpelativa del sufrimiento humano (REYES, 1997).

Levinas recurre a la figura (no a la metáfora) del rostro que me habla para expresar esa relación originaria que constituye a cada individuo en ser humano. El rostro que me habla tiene una historia, tiene la experiencia de que la relación originaria del hombre con el hombre es finita. Por eso la primera palabra del rostro es de resistencia ante la querencia cainita del hombre: no reducirás mi identidad diferente a tu mismidad, no alimentarás tu voraz conciencia con mi desvalida desnudez, no me convertirás en objeto de sus conocimientos (LEVINAS, 1993).

El rostro atesora pues el poder que le confiere la autoridad y la jerarquía del dolor padecido por una subjetividad que apela a la escucha y a la contención del Otro. El rostro evidencia la miseria y la indefensión humana, surcado por las arrugas y las cicatrices de la historia común -signada por la castración-, que siempre nos interpela y nos recuerda la deuda ética que sostenemos con el otro-ahí, y que se debe intentar saldar en ese instante decisivo que supone el cara-a-cara con el Otro, sin ninguna mediación y sin ninguna excusa. El instante privilegiado de la confrontación con el rostro del Otro impone la máxima autenticidad y la más extrema responsabilidad por su destino. El mandato ético impone sostener la mirada del Otro y dirigir la propia hacia su rostro (LEVINAS, 1993).

Levinas (1993) insiste así una vez más en la responsabilidad absoluta por el Otro, dado que debo cuidarlo en la vida y aún más en su muerte, apiadarme de su desvalimiento y soportar con dignidad las marcas de la castración que se reflejan en la piel desnuda y evidente del Rostro. La ética es entendida por Levinas como responsabilidad por el Otro, responsabilidad absoluta e intransferible de la cual no debo desentenderme jamás, aunque ello me cueste la vida, y que no demanda ninguna reciprocidad. Se trata en definitiva de estar junto al Otro, de acompañarlo en su dolor y de atemperar su soledad con una presencia responsable.

De esta forma entendemos que el rostro puede evidenciar, en el mismo y hacia el otro, muchas cosas, entre ellas se encuentra la ética del individuo, o

del profesional de salud, como en este caso; ya que el rostro tiene la responsabilidad de acompañar al otro en su dolor, su gozo, su desconcierto, etc; frente a la vida. En el caso de los discursos presentados, tenemos que el adulto mayor encuentra una desatención en salud, por parte del trato del médico, al no mirarlos, al no indagar sobre su salud emocional; además de sentirse ignorados e indignados.

En el Perú como otros países, se instauró por ley los Derechos Del Paciente, Ley General De Salud, Ley Nro. 26842, donde en el Artículo 5 menciona que; Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la autoridad de salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónico degenerativas, diagnóstico precoz de enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de vida saludable. Y el Artículo 15, nos dice; Toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho: Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad; A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio; A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren.

Tal vez en esta ley no se especifique el trato correcto con el cual el equipo de salud debe trabajar, mas no tenemos que dejar de lado que la calidad debe estar ligada a la calidez en cualquier trabajo que desarrollemos y aún más si hablamos del trato directo de seres humanos a seres humanos; respetando así su dignidad y personalidad singular, sobre todo de los adultos mayores. Como ellos refieren en los discursos; donde los médicos no son claros al explicarles, su diagnóstico o su tratamiento, etc. Esto no es otra muestra de la desatención en salud que recibe el adulto mayor, lo que refleja un tipo de maltrato; maltrato estructural, el cual cubre otros tipos de maltrato.

Pero no solo es la actitud del trato por parte del médico, también tenemos el trato que los adultos mayores reciben del personal de enfermería (enfermera y técnica de enfermería). Como a continuación los adultos mayores refieren en los discursos:

“No faltan enfermeras gruñones. También había algunas enfermeras que les preguntabas algo sobre tu salud y no decían nada o te decía: “el médico que viene luego se encargara de decirle” o cuando a las enfermeras les pedía algo para que me ayudaran pues me decían: “en un ratito señor ya regreso” y que imagínese nunca regresaban.” (E-4) D

“hay técnicas que te atienden pero como por obligación y no tienen paciencia y si les pedías algo se desaparecían y regresaban cuando ya ni las necesitabas”. (E-5) D

Lydia Hall era una enfermera de rehabilitación y una teorizadora de enfermería fundamental de la década de 1960. Afirmó que la atención individual se podía ver en tres áreas diferentes: atención (el cuerpo), corazón (la persona) y cura (enfermedad). Su teoría ha servido para allanar el camino a la enfermería moderna, donde las enfermeras usan el pensamiento crítico y el conocimiento médico para tratar y curar a un paciente, en lugar de simplemente llevar a cabo las órdenes de los médicos. Para ella El "cuidado" se centra en poner las manos sobre el cuidado corporal y la creencia de que una muestra de cariño y una valoración rigurosa son terapéuticas. Este componente de crianza, también conocido como "madre" del paciente, se realizó con el objetivo de confortar a los pacientes y ayudarles a satisfacer sus necesidades. Ella cree que se trataba de un aspecto de la atención que era exclusivo para las enfermeras (MARRINER Y RAILE, 1999).

Contrastando con los discursos, el adulto mayor refiere que algunas enfermeras, brindan cuidados sin calidez, desatendiendo algunas de sus necesidades; todo lo contrario q la teoría que Hall donde nos menciona que la enfermería debe dar cuidado al cuerpo y el corazón del paciente.

Todo lo anterior expuesto se traduce en una desatención en salud hacia el adulto mayor, dado por el personal de salud (médico, enfermera, técnica de enfermería). Y por otro lado, la desatención del mismo sistema organizacional en salud hacia el adulto mayor, no obstante, encontramos que las leyes

instauradas para la protección del adulto mayor en salud, están otra vez ocultas y poco difundidas para ellos.

Por último, encontramos discursos convincentes del buen trato que reciben los adultos mayores por parte del personal de salud, así observamos la atención en salud en los siguientes discursos:

“Algunos doctores tratan bien, tiene paciencia, te toman atención tratan de explicarte.” (E-2) C

“Algunos doctores tiene paciencia, te toman atención tratan de explicarte.” (E-5) C

“Gracias a dios he tenido un buen trato, por las enfermeras los medico también; en le alta el médico me cito y me dio de alta y me receto una medicina”. (E-2) D

“Algunas enfermeras también muy buenas me trataban bien cuando me ponían la medicina me saludaban siempre y me llamaban por mi nombre y siempre me preguntaban qué tal había amanecido”. (E-4) D

“La mayoría de las enfermeras son muy amables y tratan de explicarte bien, como para que uno entienda. Siempre saludando y preguntando como amaneció, son lindas y los médicos, hay de todo, los jovencitos son muy amables.”. (E-5) D

El Trato Digno es una dimensión de la calidad y calidez en la atención en salud y actualmente se define como el conjunto de indicadores que miden el grado de satisfacción, en la percepción (en cuanto a tiempo de espera, trato amable y respetuoso, información adecuada) para el usuario o familiar, tiene

acerca del trato y **la atención en salud** proporcionada por el profesional de salud que labora en un hospital. El derecho a trato digno y respetuoso hacia el usuario, se refiere a la aceptabilidad que el comportamiento tanto verbal como no verbal se establece en la relación del profesional de salud con su paciente, valla más allá de un simple saludo (LOPEZ, 2012).

Es Digno el atenderle con oportunidad, delicadeza, cortesía y en conciencia, Digno es proveerle la información adecuada y pertinente para que el paciente pueda tomar una decisión. Digno es plantearle alternativas de solución y procurarías en su caso. Digno es procurarle un entorno de confianza, de comodidad y de esperanza si es posible, al lado de sus seres queridos. Digno es tratarle con paciencia, constancia, tolerancia y prudencia. Digno es serle leal y guardián celoso de sus circunstancias con independencia de su origen, posición social, estado de aseo o patología. Digno en fin, es consolarle acaso cuando la ciencia y la tecnología han agotado sus recursos y acompañarle en su último suspiro. Digno es mostrarnos respetuosos hacia su derecho al trato digno, dignificando con ello los merecimientos propios o ajenos. La dignidad puede ser percibida desde dos ángulos, como representación que se hace de uno mismo de su carácter digno y como la imagen que otros se hacen de nosotros (LOPEZ, 2012).

Por último los adultos mayores, también hacen referencia de un grupo dentro del personal de salud (medico, enfermera, enfermera técnica); lo cual brindan un cuidado con calidad, calidez y dignidad, hacia el adulto mayor.

Más en la actualidad la dignidad pasa por la percepción que cada quien tiene de uno mismo, lo cual genera alteración en el actuar o proceder diario. El sector salud pasa por momentos graves en el país, no solo por falta de calidad y calidez del equipo de salud, sino también se agrega a esto, un inadecuado sistema organizacional reflejado en una **atención y desatención en salud**, hacia el adulto mayor, reflejando otra vez, **la desprotección de la vejez en la sociedad**.

SUBCATEGORÍA: EXCLUSION SOCIAL DE LA VEJEZ.

Esta sub categoría encontramos que el adulto mayor, se siente excluidos por la sociedad a causa de los estereotipos sociales de la vejez; también encontraremos que ellos mismos piden ayuda a las organizaciones municipales, para mejorar sus centros de reunión (CIAMs), donde ellos puedan realizar actividades productivas para su comunidad; los cuales a su vez, sirven como centros de reinserción del adulto mayor a la sociedad.

En el Perú observamos que **la exclusión social**, manifestada como prejuicio y discriminación, supone el escenario para la aparición de situaciones de conflicto e impide el tránsito desde una sociedad jerarquizada y excluyente a una democrática e inclusiva (MANRIQUE, 2007; MERINO, 2007).

El prejuicio y la discriminación social respecto al envejecimiento, son casi responsable de la exclusión social del adulto mayor. Donde el mecanismo de producción y reproducción del prejuicio ya ha sido ampliamente trabajado por varios autores, entre los cuales está Leopoldo Salvarezza (1988).

Una de las teorías que pueda dar explicación a este maltrato que sufre el adulto mayor es: **La Teoría del intercambio social:** basada en el principio de una interacción social, que incluye el intercambio de recompensas y castigos entre al menos dos personas y todos los individuos implicados en la misma; buscan maximizar las recompensas y minimizar los castigos en dicha interacción (SCHIAMBERG Y GANS, 2000).

A continuación los adultos mayores, refieren sentirse excluidos, con respecto al trato que recibe de la sociedad:

“Para la sociedad somos poco útiles, nos dejan de lado y pues como ya no podemos hacer nuestras cosas como antes, pues creen que ya no servimos.”(E-1) A

*“Cuando uno empieza a envejecer la gente te mira de otra forma, como un estorbo, alguien que poco a poco se convierte en un inútil; dejando de lado nuestra humanidad, dejando de lado nuestros derechos como seres humanos.”
(E-4) A*

“Cuando uno está viejo es tratado como cualquier cosa, como si estorbáramos; nos ven como inútiles. Yo me siento muy triste porque ya no te tratan con respeto ni te saludan los jovencitos.” (E-6) A

“Ya no somos los mismos ya hacemos las cosas más lentos y necesitamos de ayuda para hacer nuestras cosas, pero seguimos viviendo, y merecemos ser tratados con cariño y respeto en la comunidad.” (E-5) A

“En la comunidad nos deben tratar con cariño y mucha paciencia; uno ya no es como antes, somos más lentos y no entendemos rápido, y aunque queramos ser más activos pues el cuerpo ya no da, y hay jovencitos mal educados que no respetan a los adultos mayores; primero no saludan y cuando uno trata de corregirlos ellos solo se ríen, no toman en cuenta que uno ya ha vivido mucho y posee sabiduría para enseñar y compartir, pero me invade una tristeza porque me hacen sentir inútil y poco importante, como si mis consejos no sirvieran, como una viejita loca.” (E-3) D

“Unos jovencitos pasaron en sus patinetas y casi nos dejan caer y ni siquiera se disculparon, hay señorita quería darle un jalón de orejas a ese muchachito, y pues uno se siente que no lo valoran y menos la respetan.”(E-1) D

Observamos que los adultos mayores se sienten **excluidos** como grupo, socialmente, manifestada por estereotipos y prejuicios. El prejuicio y los estereotipos sociales respecto al envejecimiento, son casi responsable de la exclusión social que sufre hoy en día el adulto mayor. Donde el mecanismo de producción y reproducción del prejuicio ya ha sido ampliamente trabajado por varios autores, entre los cuales está Leopoldo Salvarezza (1988), en cual nos habla que los prejuicios ofician de productores de sentido y de lo real, asignando a los más viejos lugares pasivos, de no conflicto, generando lógicas de exclusión coherentes con las lógicas de mercado y que terminan expresándose en hechos tan puntuales como qué tipo de políticas de estado se priorizan. De esta forma podemos tener alguna pista para tratar de entender

por qué en nuestro país, el lugar que tradicionalmente se le ha asignado a los viejos desde las políticas de estado, es el de “gastos” de los servicios de salud (lugar de enfermo) y “gastos” en la seguridad social (lugar de pasivos).

Los estereotipos son los ejemplos más estudiados de la categorización social (TAJFEL & FORGAS, 1981) y pueden ser definidos como “una representación mental sobre simplificada de alguna categoría de persona, institución o evento, la cual es compartida por un amplio número de personas”; en este caso sobre los adultos mayores.

El prejuicio, por su parte, es visto como carga afectiva negativa que puede ser dirigida directamente a un grupo como un todo o a un individuo por su pertenencia a ese grupo (ALLPORT, 1954; GARDENER, 1994; STANGOR, 2000).

La estereotipia y el prejuicio normalmente se basan en tres características principales que son la edad, el sexo y la raza (FISKE, 1998; STANGOR, 2000). Hasta aquí podemos sugerir que la construcción de los estereotipos y el prejuicio se encuentran estrechamente vinculados a los procesos de categorización, comparación e identificación social. Adicionalmente, observamos que la sociedad peruana tiende hacia la estereotipia y el prejuicio sobre la base de características sociales y étnicas, a pesar de que muchas veces no hay conciencia de ello (ARDITO, 2006; SASAKI & CALDERÓN, 1999).

Tal como lo vemos en los discursos, los adultos mayores coinciden en que la sociedad los ven como seres inútiles, como estorbos, tratados como cualquier cosa, no respetados por la nueva generación de adolescentes. Son características que se les ha asignado como grupo social no protegido dentro de nuestra sociedad. Es importante tener presente que la persona adulta mayor posee una perspectiva clara de la realidad que la rodea, sabe cuál debería ser su papel en la sociedad y cuál es realmente la función de la cual ha sido aislada.

De acuerdo con lo analizado, la experiencia es la mayor capacidad que poseen las personas adultas mayores y de ser bien aprovechada por la sociedad, se tendría una gran capacidad para enfrentar los retos que se presentan en la actualidad. En otro punto, el conocimiento adquirido, principalmente en la escuela de la vida por parte de la persona adulta mayor, es una herramienta valiosa con la que cuentan.

En algunas sociedades, como por ejemplo las orientales, la edad es sinónimo de importancia y veneración. Las personas adultas mayores son vistas como todo un ejemplo por seguir, son cuidadas y apreciadas como lo más valioso de la sociedad. Sin embargo, en Occidente, la globalización y la modernización han hecho que los adultos mayores sean vistos, en muchas ocasiones, como un estorbo y, por lo tanto, lo más fácil y cómodo es llevarlas a la exclusión (PALACIOS, 2001).

La persona adulta mayor, entonces, tiene mucho que enseñar a la sociedad y por esto es una necesidad que sea tomada en cuenta y, en la medida en que esto se dé, muchos problemas sociales que giran alrededor de este grupo social se resolverían, pues el mantenerse ocupada y en plena producción hace que se olvide de los problemas y males que la aquejan. Se ha olvidado lo importante que puede ser el aporte de la persona adulta mayor a la sociedad, sobre todo para los más jóvenes. Sin embargo, la persona joven no valora ese aporte, por el solo hecho de que es “viejo” y el estereotipo social indica que se ve muy pasado de moda que un joven se relacione públicamente con un “viejo canoso”, provocando así, que la persona adulta mayor se sienta aislada, esto le genera la necesidad de compartir, para sentirse apoyada y poder resolver sus situaciones especiales. Un pequeño estímulo es suficiente para que la persona adulta mayor se resuelva a reincorporarse y poner su conocimiento y experiencia al servicio de la comunidad donde habita y así sentirse útil.

Una teoría que puede explicar este maltrato que sufre en adulto mayor en la sociedad, dado por la desvalorización y exclusión, es **La Teoría del intercambio social**: basada en el principio de una interacción social, que incluye el intercambio de recompensas y castigos entre al menos dos personas y todos los individuos implicados en la misma; buscan maximizar las recompensas y minimizar los castigos en dicha interacción (SCHIAMBERG Y GANS, 2000). Esta teoría considera una disminución en la interacción entre los viejos y los jóvenes; los viejos tienen menos recursos para ofrecer en el

intercambio social y de esta manera tienen menos para contribuir al encuentro. Pero lo curioso de esta teoría es que predice que los malos tratos se producirán independientemente de la dirección en la que se produzca el desequilibrio; es decir, tanto si es la persona mayor como el si es el responsable de los malos tratos el que está en una posición «de impotencia sin autoridad» (HENDERSON, BUCHANAN Y FISHER, 2002).

Por tanto, esta teoría, puede ser utilizada fácilmente para explicar los malos tratos a adultos mayores bajo la presunción de que las personas adultas mayores maltratadas están más indefensas, son más dependientes y vulnerables que las personas con las que interactúa y, como consecuencia, tienen menos alternativas para continuar la interacción. Dentro de esta problemática que padece el **adulto mayor**, como grupo social, vemos reflejado **la desprotección** de la misma dentro de la **sociedad**; en este sentido debemos encontrar la forma adecuada de hacer sentir al adulto mayor parte de la sociedad, de su comunidad; participando de la misma.

En la actualidad contamos con los centros de atención del adulto mayor, que sirven como lugares de reinserción social para el adulto mayor, de esta forma debemos luchar por incentivar y mejorar este servicio que se le brinda al adulto mayor. Puesto que los adultos mayores, piden ayuda a sus representantes municipales, para mejorar estos centros de atención (CIAMs); con la finalidad de sentirse más activos y productivos para su comunidad; a continuación los discursos:

“El señor alcalde pues debe tener más en cuenta en las cosas que debe hacer por los adultos mayores, tales como talleres y campañas de salud. Talleres donde nos enseñen a bailar o pintar o declamar poesía.” (E-4) A

“Que en el municipio nos ayude a mejorar, que nos manden un poco más al club del adulto mayor, que nos ayuden tanto en la movilidad y los refrigerios cuando nos reunimos o nos vamos de paseo.” (E-2)A

“El alcalde debe ayudar a que los clubs del adulto mayor pueda tener más cosas, que nos pongan talleres y realizar campañas para nuestra salud.” (E-5) A

“Que el alcalde nos ayude para tener más educación para saber más nuestros derechos y también que nos ayuden para trabajar o hacer cosas productivas en la sociedad.”(E-1) A

“El alcalde nos debe ayudar para que nos den algún trabajito, para sentirnos que aun participamos en la comunidad.” (E-6) A

Cuando se habla del adulto mayor y su entorno a su comunidad y la sociedad, es necesario conocer aspectos teóricos relacionados con su ambiente que contribuyen a entender mejor su situación para determinar la función que ejerce este grupo social. Guerrero y otros (1999), al tratar de definir al adulto mayor o la llamada “tercera edad” indican que la persona adulta mayor es determinada así después de los sesenta años; en esta calificación intervienen factores sociales, biológicos y cronológicos, difíciles de describir. Asimismo, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, definió el envejecimiento como los cambios fisiológicos que ocurren en un organismo a través del tiempo (Organización Mundial de la Salud, 1989). El envejecimiento es reconocido como un proceso natural e inevitable, ya que, de acuerdo con la

ley de la vida, todo ser vivo envejece; por tanto, no se puede analizar como si fuera una enfermedad, sino simplemente como una etapa de la vida que se debe aprender a vivir y disfrutar al máximo, pues por lo general ya se han logrado plasmar todos los proyectos de vida y es el momento de disfrutar de lo que se logró a través de los años (BALLESTERO, 1999).

Es así que los adultos mayores, disponen de tiempo libre para realizar actividades de recreación y adquisición de nuevos aprendizajes. El artículo 8º de la Ley N° 28803 – Ley de las Personas Adultas Mayores, dispone la creación de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) en las Municipalidades Provinciales y Distritales del país. Asimismo, el Reglamento de la Ley N° 28803 estipula que el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social en coordinación con los Ministerios de Salud, de Educación, de Trabajo y Promoción del Empleo, con el Seguro Social de Salud - EsSalud y los Gobiernos Locales, elaborará pautas o recomendaciones para el buen funcionamiento de los CIAM. En este contexto, el presente documento desarrolla las pautas para el funcionamiento de los CIAM teniendo en cuenta los siguientes aspectos: La realidad local, las principales características y necesidades de la población adulta mayor de su jurisdicción, los recursos económicos y humanos de cada municipalidad, la implementación progresiva de los servicios y la participación de las organizaciones de personas adultas mayores.

El mencionado Reglamento establece que los CIAM, en el marco de la Ley Orgánica de Municipalidades, favorecerán la participación activa, concertada y organizada de las personas adultas mayores y otros actores de su jurisdicción. De este modo se entiende por Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) al espacio Municipal de prestación, coordinación y articulación, intra e interinstitucional, de servicios básicos integrales y multidisciplinarios, para el bienestar y promoción social de las personas adultas mayores, en un contexto de cogestión y participación de la persona adulta mayor y la familia. Teniendo como finalidad:

- Favorecer y facilitar, la participación activa, concertada y organizada de las personas adultas mayores y otros actores de la jurisdicción.
- Desarrollar lazos de mutuo conocimiento y amistad.
- Identificar problemas individuales, familiares o locales.
- Combatir y prevenir los problemas de salud más comunes.
- Realizar actividades de carácter recreativo.
- Organizar Talleres de autoestima, de prevención del maltrato, de mantenimiento de las funciones mentales y prevenir enfermedades crónicas.
- Realizar labores de alfabetización.
- Promover talleres de manufactura y habilidades laborales.
- Promover eventos sobre análisis de la problemática local y alternativas de solución.
- Promover un trato diligente, respetuoso y solidario con las personas adultas mayores.
- Proponer soluciones a la problemática de las personas adultas mayores.

De acuerdo al Reglamento de la Ley N° 28803 – Ley de las Personas Adultas Mayores, las Municipalidades Provinciales y Distritales, son las entidades encargadas de gestionar los recursos económicos para la instalación e implementación de los CIAM, con cargo a sus respectivos presupuestos y de manera progresiva, de acuerdo a sus posibilidades y recursos financieros.

En este sentido encontramos que los CIAMs, aún no se han implementado tal como la ley lo promueve, otra vez encontramos que las leyes están dadas, pero no son cumplidas como se debería, dejando **desprotegidos a los adultos mayores**; es así que los adultos mayores piden apoyo a sus alcaldes para que se pueda implementar talleres productivos, campañas de salud y actividades recreativas; donde ellos puedan incursionar y reinserirse, sintiéndose más productivos y pertenecientes de su comunidad, de su sociedad.

V. CONSIDERACIONES FINALES

En el presente estudio se analiza la percepción del adulto mayor, frente al maltrato familiar y social, los cuales asisten al club del adulto mayor del hospital de vista alegre. Se realizó una entrevista semi-estructurada a 6 participantes del estudio y las investigadoras, utilizando el abordaje cualitativo, revelaron dos categorías de análisis de la investigación: Categoría I: La presencia del amor y desamor en la familia. Categoría II: Desprotección De La Vejez En La Sociedad, con las siguientes subcategorías; Entre la pobreza y la indigencia, Atención y desatención en salud, Exclusión social en la vejez.

Entre la presencia del amor y el desamor, que perciben los adultos mayores dentro de la familia, consideraron: que el buen-trato que perciben de su familia es a raíz del amor que reciben y que el mal-trato que perciben de su familia es a raíz del desamor que reciben.

El desamor, es la raíz de los diferentes tipos del maltrato, tal como **el maltrato físico**, que percibe el adulto mayor, dentro de su familia.

“Mi hija es así, por los problemas que tiene...a veces me ha aventado de su lado,...siento que no me quiere (E-1) A”

El desamor, es la raíz de los diferentes tipos del maltrato, tal como **el maltrato psicológico**, que percibe el adulto mayor, dentro de su familia.

*“Mi hijo... no quiere a nadie, menos a mí...me grita fuerte....
diciendo que soy viejo, sucio y huelo mal. (E-6) C”*

El desamor, es la raíz de los diferentes tipos del maltrato, tal como **el maltrato económico**, que percibe el adulto mayor, dentro de su familia.

*“Mi hijo no me quiere,...lo hace para quitarme lo poquito que
ganaba en mi trabajito... (E-6) B”*

El desamor, es la raíz de los diferentes tipos del maltrato, tal como **el abandono**, que percibe el adulto mayor, dentro de su familia.

*“...se olvidaron de mí....ruego que un día mi hijo....se acuerde de mí y venga a
verme....necesito un abrazo un beso de mi hijo. (E-3) A”*

El amor, es la raíz del buen trato que percibe el adulto mayor, dentro de su familia.

“Mis hijos vienen a visitarme....me llaman seguido....me quieren mucho. (E-2) A”

Cuando hablamos de **desprotección de la vejez en la sociedad**, con las siguientes subcategorías; Entre la pobreza y la indigencia, Atención y desatención en salud, Exclusión social en la vejez; que perciben los adultos mayores, encontramos también a un tipo de maltrato que los adultos mayores reciben por parte de la sociedad, siendo este el **maltrato estructural**.

La desprotección de la vejez en la sociedad, genera en muchos de los adultos mayores, el hecho de convivir **entre la pobreza y la indigencia**; cuando la pensión de jubilación que perciben no es suficiente para cubrir sus necesidades básicas, estando expuestos así al maltrato estructural.

“...tengo pensión 65,...pero me alcanza porque solo recibo 125 soles al mes..... (E-4) A”

Esta situación lleva a los adultos mayores, a seguir trabajando, para generar ingresos extras y poder cubrir sus necesidades básicas.

“...la plata de la jubilación solo alcanza para nuestra comida,... Tenemos que trabajar para poder al menos poder vivir tranquilos. (E-4) A”

La desprotección de la vejez en la sociedad, genera que muchos de los adultos mayores, se encuentren frente a una **atención y desatención en salud**, enfrentándose a un sistema organizacional ineficiente; calidad y calidez de atención en salud, reflejando así el maltrato estructural que sufre el adulto mayor.

“...ni te atienden como debe,...para sacar la cita se demora... y cuando vas a la cita hay colas enormes y tenemos que madrugar... (E-1) B”

Otro problema que enfrentan los adultos mayores, es también la calidad y calidez que tiene el personal de salud (médicos, enfermeras y enfermeras técnicas), que los atienden.

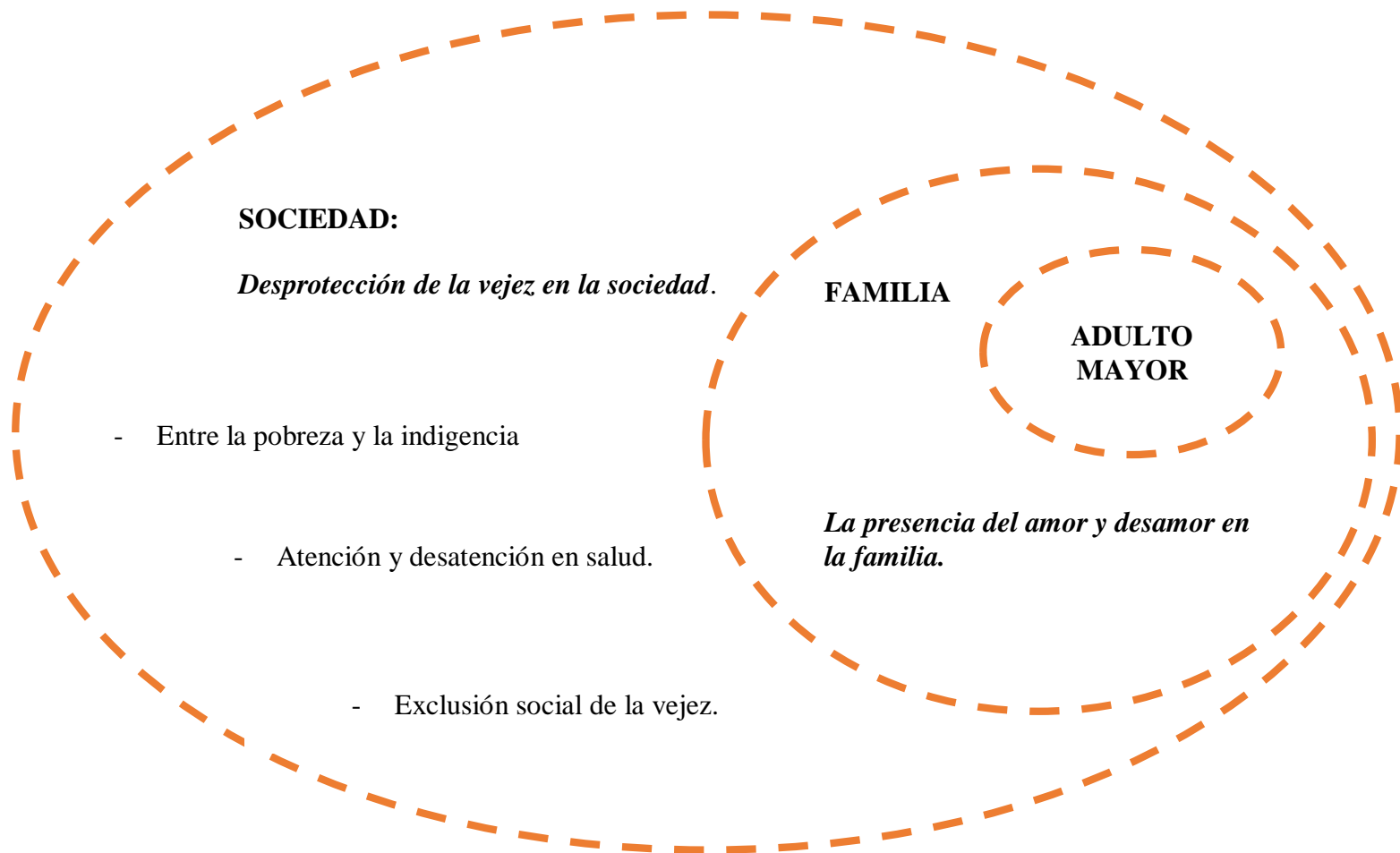
“...los doctores deben hablarnos claro, que se les entienda lo que quiere decir y sobre todo con paciencia... (E-4) C”

“...no faltan enfermeras gruñonas... hay técnicas que te atienden por obligación y no tienen paciencia... (E-5) D”

La desprotección de la vejez en la sociedad, genera que muchos de los adultos mayores, se enfrenten a **la exclusión social de la vejez**, enfrentándose al así el maltrato estructural o societario, por la falta del intercambio social.

“...para la sociedad somos poco útiles... nos dejan de lado... pues creen que ya no servimos... (E-1) A”

**APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DEL MALTRATO FAMILIAR Y SOCIAL, DESDE LA PERSPECTIVA DEL
ADULTO MAYOR.**



Autoras: Br. Atoche Nuñez, Jadyra Katterine

Br. Varas Sanches, Cinthya Yohana

Asesores: Dra. Leitón Espinoza, Zoila Esperanza.

VI. RECOMENDACIONES

A partir del presente estudio se recomienda:

1. Que los resultados de la presente investigación permitan al personal de enfermería revalorar el cuidado del adulto mayor dentro de la familia; teniendo en cuenta, que el amor es la expresión máxima y necesaria, percibida y referida por la vejez.
2. Fortalecer los CIAMs, dentro de las instituciones de salud en conjunto con los gobiernos municipales; dentro del trabajo preventivo- promocional, interdisciplinario e intersectorial; para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
3. Continuar con el estudio del maltrato al adulto mayor, considerando una mayor muestra poblacional, utilizando cuestionarios donde participen los cuidadores y familiares de los adultos mayores.
4. Divulgar los resultados obtenidos en la investigación, dando a conocer la existencia de maltrato al adulto mayor para fomentar estrategias de actuación en el ámbito intra y extrafamiliar.
5. Utilizar este trabajo de investigación en el proceso enseñanza aprendizaje de las estudiantes de enfermería, en especial a nivel comunitario, considerando las categorías empíricas obtenidas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADELMAN, R., SIDDIQUI, H. Y FOLDI, N. (1998). Enfoques de Diagnóstico y Tratamiento de Abuso de Ancianos y el abandono. New York.

AGULLÓ, S. (2001). Mayores, Actividad Y Trabajo En El Proceso De Envejecimiento Y Jubilación. Una Aproximación Psicosociológica. Madrid.

ANSELLO, E.F. (1996). Causas y teorías: abuso, negligencia y explotación de las Personas de Edad. Estrategias para la evaluación e intervención. Londres.

ARBBER, S. Y J. GINN. (1995). Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. Madrid, Narcea.

BIGGS, S., PHILLIPS ON, C. Y KINGS TON, P. (1995). Maltrato de personas mayores en perspectiva. Londres, Buckingham.

BURY, M. (1995). "Envejecimiento, género y teoría sociológica", Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. Madrid, Narcea.

CASTELLS, M. (1992). Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo. Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de Servicios Sociales. Madrid, España.

CHESNAIS, J. (1990). El proceso de envejecimiento de la población.

Santiago de Chile, CEPAL/CELADE.

COMISIÓN NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR. (1995). Informe Comisión Nacional para el Adulto Mayor. Santiago de Chile.

COURTIS, C. (2004). "Discapacidad e inclusión social: retos teóricos y desafíos prácticos. Algunos comentarios a partir de la Ley 51/2003", Jueces para la Democracia N° 51.

DUARTE, L., Y VIDAL, M. (2003). Enfermedad Y Vejez. Un Estudio Transcultural Desde La Psicología Social. Valencia-España.

ENCUESTA SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO. (2005). Volumen 17 (5-6) | June 30, 2005 | page(s) 307-322 OPS. Acceso en Febrero del 2013. Disponible en:[<http://journal.paho.org>].

ESTES, C. (1986). The aging enterprise. San Francisco, Jossey-Bass.

ETXEBERRÍA, X. (2008). La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual. Bilbao, Universidad de Deusto.

FERICGLA, J. (1992). Envejecer. Una antropología de la ancianidad, Barcelona, Anthropos.

GARCIA, A. (2006). Violencia, Maltrato y Abuso en la Vejez: una realidad oculta en cuestión de derechos. Chile.

GORDON, R.M. Y BRILL, D. (2001). El abuso y el abandono de las personas mayores. Revista Internacional de Derecho y Psiquiatría. España.

HAM CHANDE, R. (1996). "El envejecimiento. Una nueva dimensión de la salud en México". Revista de Salud Pública, México.

HENDERSON, D., BUCHANAN, J.A. Y FISHER, J.E. (2002). La violencia y la población de edad avanzada: cuestiones para la prevención. La Asociación Americana de Psicología. Washington, DC, EE.UU.

HUENCHUAN, S. (2003). "Diferencias sociales en la vejez. Aproximaciones conceptuales y teóricas", Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social, N° 12, Santiago de Chile, Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

----- (2010). "Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y de las recomendaciones internacionales". Ponencia presentada en el Coloquio Regional de Expertos en Envejecimiento, Género y Políticas Públicas, organizado por el Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento de la Universidad de la República con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas, Montevideo, 9 y 10 de septiembre.

INTERNATIONAL NETWORK FOR THE PREVENTION OF ELDER ABUSE.

(INPEA) (1995). Voces Ausentes. Opinión de las personas mayores sobre el maltrato al mayor. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bennet-voces-01.pdf>

----- (1998). El Viejo Estudio Nacional de Incidencia de abuso. Informe Final. Disponible en: <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>.

----- (2005). World Conference On Prevention Of Family Violence. Disponible en: http://www.wcpfv2005.ca/en_home.cfm

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). (2006). Nuevas Proyecciones Nacionales de Población del Perú por Departamentos, Urbano y Rural y Sexo 2005 a 2020, Lima.

----- (2007). “Características Demográficas de la Población de la Tercera Edad”. En Perfil Socio Demográfico de la Tercera Edad. Lima Perú.

----- (2013).Indicadores Demográficos-Población: Perú en cifras; disponible en: <http://inei.gob.web/perucifras.home2.asp>.

KOSBERG, J.I. (1988). Prevención De Abuso De Ancianos: La Identificación De Factores De Alto Riesgo Antes De Adoptar Decisiones De Colocación. España.

KOSBERG, J.I. Y NAHMIASH, D. (1996). Características de las víctimas y los autores de abuso y negligencia: abuso, negligencia y explotación de las personas mayores: Estrategias de evaluación e intervención. Baltimore, EE.UU.

KORNFELD, M.R. (2012). “Cómo Prevenir Y Enfrentar El Maltrato Al Adulto Mayor”. SENAMA: Ministerio De Desarrollo Social-Chile.

MARIN, L.P. (2000). Manual De Geriátría Y Gerontología. Acceso en Febrero del 2013. Disponible en:

[<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/Indice.html>].

MESÍAS, G.M, VIDAL, M.E. DEBÉN, S.M. (2006). Maltrato a personas mayores. Guía de Consultas de Atención Primaria. Guías Clínicas. Acceso en Febrero del 2013. Disponible en:

[<http://www.fisterra.com/guias2/maltratom.asp>.]

MINISTERIO DE SALUD. (2005). Perfil del Adulto Mayor en el Perú.

MINISTERIO DE SALUD /OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA (2004). Análisis de la Situación de Salud del Perú – 2003, Lima-Perú.

MONTES DE OCA, V. (1994). “Envejecimiento y modernidad. Impactos demográficos”, Revista Nueva Sociedad, N° 129, Caracas, Venezuela.

MORRISON. (1999). Fundamentos de Enfermería en salud mental.
Ed. HarcourtBrace S.A. Madrid-España.

MOUZELIS, N. (1991). Back to Sociological theory.Londres, Mc Millan.

NORMATIVA NACIONAL, SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. (Noviembre, 2012): Ley de las Personas Adultas Mayores, Ley N° 28803. Perú.

OFICINA DEPARTAMENTAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. (2010). Compendio Estadístico. LA LIBERTAD. ACESSO: <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0969/libro.pdf>.Pág 75-76

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2012). Cambios demográficos, problemas nuevos. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/es/index2.html>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). (1995). “Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad”. Observación general N° 6 (E/C.12/1995/16/Rev.1), Ginebra, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

----- (2007). Estudio económico y social mundial 2007: el desarrollo de un mundo que envejece. Ginebra.

----- (2009). Desarrollo social: seguimiento del año internacional de las personas de edad: segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento. Ginebra.

PAPADOPOULOS, A. Y LA FONTAINE, J. (2000). Abuso de Ancianos. Perspectivas terapéuticas en la práctica. Winslow, Reino Unido.

PAPALIA, D., STERNS, H., FELDMAN, R., Y CAMP, C. (2009). Desarrollo del Adulto y vejez. México.

PAPALIA, D. Y S. WENDKOS. (1988). Desarrollo Humano. Bogotá, Limusa.

----- (1998). Desarrollo humano. Bogotá, Limusa.

PÉREZ-ROJO, G. E IZAL, M. (2007). Marco conceptual. En Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de malos tratos hacia personas mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España.

PÉREZ-ROJO, G., IZAL, M. Y MONTORIO, I. (2008). Estudio Multicéntrico Sobre La Sospecha De Malos Tratos Hacia Las Personas Mayores En El Ámbito Comunitario. Revista Española de Geriátría y Gerontología. España.

QUINN, G. M. Y T. DENEGER. (2002). Derechos humanos y discapacidad: uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad. Nueva York, Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.

QUINN, M.J. Y TOMITA, S.K. (1997). Abuso Y Negligencia Para Personas Mayores: Causas, Diagnóstico Y Estrategias De Intervención. Nueva York.

REDONDO, N. (1990). Ancianidad y pobreza. Una investigación en sectores populares urbanos, Buenos Aires, Argentina.

REOLID, C.M, LOPEZ, E.A. Y COL. (2005). Enfermería: Geriátría y Gerontología. 1º edición. Ed. Altabán. Perú, 2005.

RISCO, C., PANIAGUA, M.C., JIMÉNEZ, G., POBLADOR, M.D., MOLINA, L. Y BUITRAGO F. (2005). Prevalencia Y Factores De Riesgo De Sospecha De Malos Tratos En La Población Anciana. Medicina Clínica. España.

RODRIGUEZ, V. (2009). Caracterización Del Maltrato En El Adulto Mayor, En El Consultorio 04 Del Policlínico Puentes Grands. Tesis Para Optar El Título De Master En Longevidad Satisfactoria. Habana, Cuba.

ROMIEUX, M. (1998). “La educación para el adulto mayor y su relación con la sociedad”, Revista Enfoques Educativos. Santiago de Chile.

SCHIAMBERG, L.B. Y GANS, D.M. (2000). Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. International Journal of Aging & Human Development.

TELLO, C. (2004). La Investigación Cualitativa. Aporte para su Operacionalización. UNT. Facultad de Enfermería. Trujillo.

VELLAS, P. (1996). “Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una mirada más positiva”. Revista de Salud Pública. México.

VIGUERA, VIRGINIA. (2008). Educación para el envejecimiento: los fantasmas del envejecer. Acceso en Febrero del 2013. Disponible en:
[<http://wwwpsicomundo.com/tiempo/educación/clase9.htm>].

WOLF, R.S. Y PILLEMER, K.A. (1998). Cómo Ayudar A Las Víctimas De Edad Avanzada: La Realidad De Abuso De Ancianos. New York.

UNDP. (2003). El UNDP Índice de Pobreza Humana para los países en desarrollo: una vida larga y saludable. Lima, Perú.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERIA

GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Objetivo:

Obtener información acerca del fenómeno estudiado

Presentación:

En esta oportunidad se está realizando un estudio de investigación titulado: **“El Maltrato familiar y social, desde la Perspectiva del Adulto Mayor. Club del Adulto Mayor - Hospital de Vista Alegre. Trujillo- 2013”**, para la cual necesito de su colaboración, respondiendo algunas preguntas respecto al tema tratado. La entrevista será grabada si es que usted lo permite. La información será confidencial, su identidad no será revelada y habrá la libertad de participar o retirarse en cualquier momento de la investigación.

Entrevistado:

Fecha:

Hora:

Preguntas Orientadoras:

1. “¿Cómo lo trata su familia?”
2. “¿Cómo lo trata la sociedad?”

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: EL MALTRATO EN LA FAMILIA Y SOCIEDAD, DESDE LA PERSPECTIVA DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL HOSPITAL DE VISTA ALEGRE. TRUJILLO- 2013

Yo:..... Peruana (o), con DNI N°..... de.....años de edad, domiciliada (o) endel Distrito de Trujillo , expreso mediante el siguiente documento tener conocimiento de los fines, alcances y consecuencias de la investigación titulado: **“El Maltrato familiar y social, desde la Perspectiva del Adulto Mayor. Club del Adulto Mayor - Hospital de Vista Alegre. Trujillo- 2013”**, conducida por las investigadoras: Atoche Nuñez Jadyra y Varas Sanchez Cinthya , de la Facultad Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, habiendo sido enterada de todos los pormenores, acepto participar en la investigación y entrevista; con seguridad del caso, que las informaciones serán confidenciales, mi identidad no será revelada y habrá la libertad de participar o retirarme en cualquier momento de la investigación, doy mi consentimiento además que firmo mi participación.

Trujillo,..... de..... del 2013

Firma del participante.

ANEXO 3

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Yo, **DRA. ZOILA ESPERANZA LEITON ESPINOZA**, Profesora Principal a Dedicación Exclusiva del departamento del adulto y anciano de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Nacional de Trujillo; hago constar mi participación como Asesora del presente trabajo de investigación titulado: **“El Maltrato familiar y social, desde la Perspectiva del Adulto Mayor. Club del Adulto Mayor - Hospital de Vista Alegre. Trujillo- 2013”**, cuyas autoras son las alumnas: **ATOCHE NUÑEZ JADYRA, VARAS SANCHEZ CINTHYA**.

Trujillo, 14 de Octubre del 2014.

Dra. ZOILA E. LEITON ESPINOZA

Código N°. 4342