

Interacciones bioéticas: el arte del buen trato al adulto mayor

Heriberto García Peña¹, Pedro César Cantú-Martínez²

¹Construyendo Rumbos, Monterrey, Nuevo León, México

²Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Ciencias Biológicas, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México

Resumen

Propósito/Contexto. Conocer cómo necesita ser tratada la persona adulta mayor, identificar los recursos bioéticos involucrados en interacciones de buen trato y determinar que la presencia de recursos bioéticos en las interacciones con personas adultas mayores favorece la percepción del nivel de calidad de vida, facilitando de esta manera el llevar una vida digna.

Metodología/Enfoque. Se hizo un diseño cuantitativo, transversal, con alcance descriptivo y correlacional con un muestreo probabilístico estratificado de 200 personas adultas mayores de 60 años cognitivamente aptos y de dos centros de día para personas adultas mayores en Monterrey, Nuevo León, México.

Resultados/Hallazgos. Un 79 % de las personas adultas mayores viven en pareja o en familia y un 21 % viven solas, además, el 86,5 % reportó al menos una enfermedad diagnosticada y la sospecha de maltrato se ubicó en un 45,5 %. Se establece que las personas adultas mayores necesitan buen trato mediante: autonomía 25,6 % (respeto y comprensión), solidaridad 31,2 % (le tomen en cuenta y le tengan paciencia), subsidiariedad 34,2 % (atención y cuidados) y sociabilidad 9,0 % (apoyo y amabilidad). Se obtuvo un nivel de calidad de vida de un 87,5 % y una satisfacción con la vida de un 88,5 %.

Discusión/Conclusiones/Contribuciones. La presencia de recursos bioéticos de autonomía, solidaridad, subsidiariedad y sociabilidad en las interacciones con personas adultas mayores favorece la percepción de la calidad de vida, facilitando de esta manera el llevar una vida digna.

Palabras clave: bioética, buen trato, maltrato, adulto mayor, calidad de vida.

Autor de correspondencia

1. Heriberto García Peña, Construyendo Rumbos, Monterrey, N.L., México. Correo-e: hgarcia91@hotmail.com

Historia del artículo

Recibido: 25 de mayo de 2021
Evaluado: 13 de octubre de 2022
Aprobado: 29 de enero de 2023
Publicado: 28 de febrero de 2023

Cómo citar este artículo

García Peña, Heriberto y Pedro César Cantú-Martínez. 2023. "Interacciones bioéticas: el arte del buen trato al adulto mayor." *Revista Colombiana de Bioética* 18, no. 1: e3550. <https://doi.org/10.18270/rcb.v18i1.3550>

Bioethical interactions: The art of treating the elderly well

Abstract

Purpose/Context. To know how the older adult needs to be treated, to identify the bioethical resources involved in well-treatment interactions, and to determine that the presence of bioethical resources in interactions with older adults favors the perception of the level of quality of life, thus facilitating a dignified life.

Methodology/Approach. A quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational design was carried out with a stratified probability sampling of 200 cognitively fit adults over 60 years of age and from two day centers for older adults in Monterrey, Nuevo León, Mexico.

Results/Findings. Seventy-nine percent of the older adults live with a partner or family and 21% live alone; in addition, 86.5% reported at least one diagnosed disease and 45.5% suspected abuse. It is established that older adults need good treatment through: autonomy 25.6% (respect and understanding), solidarity 31.2% (being taken into account and having patience), subsidiarity 34.2% (attention and care) and sociability 9.0% (support and kindness). A level of quality of life of 87.5% and life satisfaction of 88.5% were obtained.

Discussion/Conclusions/Contributions. The presence of bioethical resources of autonomy, solidarity, subsidiarity and sociability in interactions with older adults favors the perception of quality of life, thus facilitating a dignified life.

Key words: bioethics, good treatment, mistreatment, elderly, quality of life.

Interações bioéticas: a arte de tratar bem os idosos

Resumo

Objetivo/Contexto. Descobrir como o adulto idoso precisa ser tratado, identificar os recursos bioéticos envolvidos nas interações de bem tratar e determinar que a presença de recursos bioéticos nas interações com adultos idosos favorece a percepção do nível de qualidade de vida, facilitando assim uma vida digna.

Metodologia/Abordagem. Um desenho quantitativo, transversal, descritivo e correlacional com uma amostra estratificada de probabilidade de 200 adultos idosos com 60 ou mais anos de idade, em centros de dois dias para adultos idosos em Monterrey, Nuevo León, México.

Resultados/Descobertas. Setenta e nove por cento dos adultos idosos vivem com um parceiro ou família e 21% vivem sozinhos, 86,5% relataram pelo menos uma doença diagnosticada e 45,5% suspeitaram de abuso. Está estabelecido que os idosos precisam de um bom tratamento através de: autonomia 25,6% (respeito e compreensão), solidariedade 31,2% (ser levado em conta e ter paciência), subsidiariedade 34,2% (atenção e cuidado) e sociabilidade 9,0% (apoio e bondade). Foi obtido um nível de qualidade de vida de 87,5% e uma satisfação de vida de 88,5%.

Discussão/Conclusões/Contribuições. A presença de recursos bioéticos de autonomia, solidariedade, subsidiariedade e sociabilidade nas interações com adultos idosos favorece a percepção da qualidade de vida, facilitando assim uma vida digna.

Palavras-chave: bioética, bom tratamento, maus-tratos, idosos, qualidade de vida.

Introducción

Conocer de la persona adulta mayor (PAM), cómo necesita ser tratada e identificar los recursos bioéticos involucrados en el buen trato, ofrece información de aplicación práctica con un impacto positivo en su calidad de vida, así, la familia considerada agente moral y demás personas pueden adoptar y adaptar su conducta a la hora de interactuar con estas personas. En este sentido, si la interacción se da mediante el buen trato, ¿qué sería diferente en la vida de la PAM y del agente moral?, ¿qué beneficios habría en la vida de la PAM y en el agente moral? Las respuestas positivas encaminadas a la creación de valor constituyen un valioso recurso escalable para fortalecer el buen trato a las PAM, donde el enfoque bioético de esta investigación acude a la conciencia moral de la sociedad, en una alternativa que permite alejar el maltrato en la vida de estas personas y que disfruten de una vida digna en su vejez.

En efecto, el maltrato es un fenómeno que no es nuevo y ha estado presente a través de la historia, últimamente se le ha puesto mayor atención al ir tomando conciencia y también debido al crecimiento demográfico. La Organización de las Naciones Unidas establece el 15 de junio como el Día mundial de toma de conciencia del abuso y maltrato en la vejez (Naciones Unidas 2012) y, adicionalmente, enfatiza la importancia del tema y solicita a sus miembros trabajar en datos estadísticos e información cualitativa para conocer mejor la situación de las PAM. Mientras tanto, en México, según los datos de la Encuesta Intercensal del 2015, se da a conocer que el 10,4 % de la población total corresponde a PAM de 60 años, lo que equivale a 12,4 millones de personas (Inegi 2016), siendo así una tendencia en franco crecimiento.

Precisamente, el escenario de maltrato en las PAM es creciente y de magnitudes considerables que demandan ser estudiadas, ya que afecta su calidad de vida y ello implica vivir su proceso de envejecimiento de manera indigna. Aún con los escasos datos y las diversas metodologías de cálculo, son suficientes los antecedentes bibliográficos que avalan la alta conveniencia de realizar el estudio. Por su parte, la Declaración de Toronto define el maltrato como “la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona adulta mayor” (OMS 2003).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud estima que la presencia de maltrato oscila entre el 1,0 % y el 10 %, además, se considera que es una problemática mundial de contenido social y moral que requiere de un abordaje interdisciplinario. Los resultados de un metaanálisis sobre prevalencia de maltrato a PAM, que incluye 52 trabajos con información de 28 países del año 1992 al 2015, reporta que el nivel global de maltrato es de un 15,7 %, oscilando entre un 4 % y un 79 % de los registros individuales, y sus datos por categoría corresponden a físico 2,6 %, sexual 0,9 %, psicológico 11,6 %, financiero 6,8 % y negligencia 4,2 % (Yongjie *et al.* 2017). Se estima que, a nivel mundial, por cada uno de los casos reportados existen más que no se reportan por diversos motivos.

Con relación a México, un 16 % sufre de algún tipo de maltrato, por categoría un 12,7 % psicológico, 3,9 % económico, 3,7 % físico, 3,5 % negligencia y abandono y 1 % abuso sexual (Giraldo 2015). Más aún, proviene de 36 % de hijos/hijas, 11,8 % cónyuge o pareja, 10,7 % nietos/nietas, 9,6 % yerno/nuera, 6,2 % hermanos y 7,3 % otro familiar (Giraldo y Torres 2010). Los datos son elocuentes de la situación que padecen las PAM dentro del seno familiar, según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero 2017) pueden darse interacciones de maltrato y comportamientos hostiles de familiares hacia las PAM. En este sentido, en España y según la encuesta del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero 2012), solamente un 3 % considera que las PAM son valoradas lo suficiente.

En efecto, la protección de derechos a PAM está contemplada en la legislación internacional, nacional y estatal y, en nuestro país, la Constitución Política en su artículo primero contempla que “todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta constitución y en los tratados internacionales” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 2018), donde quizá la promoción y los mecanismos adecuados para garantizar la aplicación de la misma requieran de algunas consideraciones en función de la problemática actual. La Encuesta Nacional Sobre Discriminación en México del 2017, reportó que un 57 % de los participantes opina que en México no son respetados los derechos de las PAM (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Conapred 2017). Según Fernández-Ballesteros, (2011), las PAM quieren ser tratadas como personas, con respeto.

Con respecto a las causas del maltrato se incluyen: la violación a sus derechos; las condiciones de fragilidad y vulnerabilidad; el vivir en una familia disfuncional; tener una insuficiente educación y cultura sobre el envejecimiento y la vejez, de manera que, impacta de forma negativa en las actividades diarias de las PAM, con deterioro de su salud y, en algunos casos, es causante de pérdida de sentido de vida, incluso, efectos de índole legal y económico. De acuerdo con García (2020), valorar y apreciar la etapa de vejez corresponde a una sociedad educada e informada sobre el proceso de envejecimiento y su significado. Ahora bien, la red de apoyo primario que asiste a las PAM es su familia, su bienestar dependerá en gran medida de la funcionalidad en las interacciones entre ambas partes, la familia, de acuerdo con Tamez (2008), representa para las PAM el lugar adecuado para su atención, pero la labor de cuidados y atención en ocasiones genera dificultades familiares, por lo cual, hoy en día, un propósito de la gerontología tiene que ver con el nivel de la calidad de vida de las PAM y este se constituye como un objetivo primario (Salmerón, Martínez de Miguel y Escarbajal 2014).

Un componente indispensable en la calidad de vida es la valoración subjetiva, la cual está relacionada con la visión del mundo de las PAM, se ha construido según sus vivencias y la capitalización de sus experiencias y básicamente es el aprendizaje obtenido en sus interacciones personales, generando pensamientos y conductas con un fin evolutivo de su condición humana. Zamarrón (2006) afirma que el bienestar subjetivo es la evaluación que una persona hace de su vida en términos cognitivos y emocionales, el primero se refiere a la evaluación sobre su propia vida y el segundo al estado de ánimo de la persona.

Además, el concepto de calidad de vida es multidimensional, ya que intervienen factores individuales y ambientales, es sensible a la autodeterminación, la inclusión, a tener recursos suficientes y a tener propósitos en la vida (Verdugo *et al.* 2009a). En este sentido, Aguilar, Álvarez y Lorenzo (2011) afirman que sobre la calidad de vida hay tres aspectos fundamentales: relación del individuo con su vida, un enfoque multidimensional y valoración subjetiva de su propia vida. Por ejemplo, en la medición de la calidad de vida, para el caso de Chile, el índice está compuesto por las siguientes dimensiones: 1) condiciones físicas, 2) condiciones materiales, 3) relaciones afectivas y 4) bienestar subjetivo. De ahí que el índice de calidad de vida para 2016 fuera de 72 % de la población chilena de PAM, según la IV Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja los Andes 2017). Por otra parte, en la satisfacción con la vida, para el caso de España, el índice que reportaron las PAM de 60 años fue de 77,9 %, (Salmerón, Martínez de Miguel y Escarbajal 2014) y, para Argentina, en los resultados de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores del 2012, la satisfacción vital alcanzó un 91,8 % (Indec 2014). Estas cifras consideran diferentes metodologías y lo que es relevante aquí es que se incluye la valoración subjetiva.

En particular, una buena calidad de vida incluye un buen trato, aspecto esencial en las interacciones con las PAM, de acuerdo con Lolas (2012), a la par del reto de calidad de vida, se presentan desafíos en dos niveles: en lo individual y en lo social, y se pretende que la

calidad de vida de las PAM no sufra menoscabo de su dignidad y de su autonomía, sin caer en conductas paternalistas, es decir, otorgar beneficencia, pero restringiendo autonomía, así mismo, el temor a ser dependientes es más intenso que el miedo a morir. Por tanto, un trato digno es una condición necesaria, Bermejo (2008) enfatiza la importancia de nuestra conducta y la manera de relacionarse, por lo cual es necesario adaptarla a la necesidad de la PAM, por esto, es relevante conocer cuál es la condición necesaria en la calidad de vida de las PAM que les permitan llevar un proceso de envejecimiento digno. Así, se advierte que “quizás la persona que respeta y aprecia la vida de las personas adultas mayores, muy probablemente estén construyendo desde ahora su futura vejez” (García 2020).

Enfoque

En relación con el enfoque bioético, la investigación contribuye a estudiar el maltrato a partir de la solución y desde una connotación positiva, es decir, el buen trato. La consideración de una visión interdisciplinaria permite desarrollar la problemática en cuestión, con la amplitud y la profundidad requerida por la Bioética, de acuerdo con Casas (2008), las pretensiones de la Bioética son transdisciplinarias, por tanto, la investigación en esta disciplina debe de considerar varias estrategias. En este sentido, el trabajo establece el objetivo de determinar que la presencia de recursos bioéticos en las interacciones con PAM favorece la percepción del nivel de calidad de vida, facilitando de esta manera el llevar una vida digna, para lo cual, los recursos bioéticos de autonomía, solidaridad, subsidiariedad y sociabilidad se establecen y se determina su presencia en la vida de las PAM, a través de dos vías: la primera mediante la pregunta abierta y la segunda aplicando una escala, estos procesos permiten observar las interacciones desde la óptica de la Bioética, constituyendo así el enfoque bioético de la investigación, donde las definiciones son:

- *Autonomía*: “establece la necesidad de respetar la capacidad de las personas para tomar decisiones. Es la regulación personal, libre de interferencias externas y limitaciones personales que impiden hacer una elección” (Molina 2013).
- *Solidaridad*: es la relación que existe entre personas que participan con el mismo interés en cierta cosa, ya que del esfuerzo de todas ellas depende el éxito de la causa común. También se refiere a la actitud de una persona que pone interés en otras y se esfuerza por las empresas o asuntos de esas otras personas (Cortina 2001).
- *Subsidiariedad*: implica el deber de ayudar en mayor medida a las personas que más necesidad tengan de cuidados, sería el deber de cuidar más a quien más necesitado esté de cuidados; por otro lado, implica el deber de la comunidad de no suplantar o sustituir la libre iniciativa de los particulares o de grupos, sino de garantizar su funcionamiento (Sgreccia 1994, citado en Berti 2015).
- *Sociabilidad*: “es la necesidad de la persona humana de vivir en sociedad, como característica natural, ya que solo así se realiza a sí misma participando en la realización de sus semejantes en la búsqueda del bien común” (Moya 2012).

Adicionalmente, mediante el trabajo de Ruiz y Ruiz (2011) se pretende observar el comportamiento y la toma de decisiones en el asunto moral, a través de la secuencia que sigue el proceso. Además, de acuerdo con Granitz (2003) y Jones (1991) (citados en Ruiz y Ruiz 2011), el proceso comienza con el reconocimiento de la conciencia moral, ya que aquí se establece que el maltrato a las PAM es un problema social y moral, y desde el punto de vista bioético, atenta contra la dignidad de la persona.

En este sentido, según Kant (citado en Rachels 2006), los seres humanos tienen “un valor intrínseco, esto es, dignidad, que los hace valiosos sobre cualquier precio”. Siguiendo a

Ruiz y Ruiz (2011) y adaptado a este estudio, el agente moral realiza u omite una acción que produce un mal o evita el bien, la maldad del acto está presente en la interacción con las PAM. La acción puede ser realizada sin la intención de dañar o producto de la ignorancia, por tanto, el maltrato implica básicamente el abuso y la violación a los derechos, incluso puede partir de una discriminación por edad, denominada edadismo, de acuerdo con García (2020) y estas prácticas atentan contra la dignidad de la PAM, son actos injustos y se consideran moralmente malos. A continuación se describe una propuesta de este estudio, según la bibliografía.

- *Con maltrato*

- » 1) **Juicio moral:** proceso mental cuyo razonamiento no reconoce que el acto de proceder con un trato indigno hacia las PAM no es moralmente (y legalmente) bueno. El agente moral conoce o no de la magnitud de las consecuencias de realizar una conducta de maltrato, además ignora (o es indiferente) de la desaprobación en el consenso social de tal acto.
- » 2) **Intención conductual:** como consecuencia del juicio anterior, más la influencia contextual (familia, red social, etc.), se establece la intención de realizar un acto no bueno moralmente, un trato indigno.
- » 3) **Comportamiento moral (no bioético):** se produce una conducta con daño o angustia a las PAM, ya sea físico, psicológico, emocional, sexual, financiero o que refleja un acto de negligencia intencional o por omisión.

- *Sin maltrato*

- » 1) **Juicio moral:** proceso mental cuyo razonamiento determina que el acto de proceder con un trato digno hacia las PAM es moralmente (y legalmente) bueno. El agente moral conoce de la magnitud de las consecuencias al no obrar bien moralmente y, además, es consciente de la aprobación en el consenso social del buen trato.
- » 2) **Intención conductual:** como consecuencia del juicio, más la influencia contextual (familia, red social etc.), se establece la intención de realizar un acto moralmente bueno, un trato digno.
- » 3) **Comportamiento moral (bioético):** se procede bien hacia otro. El agente moral realiza una conducta moralmente buena, es decir, se realizan interacciones con las PAM con un trato digno que se establece en las dimensiones físicas, emocionales y sociales.

Además, en el proceso de la toma de decisiones, según Treviño y Nelson (2004, citado en Ruiz y Ruiz 2011) se presentan factores que determinan el comportamiento del agente moral. Partiendo de estos autores, se adapta y establece para este trabajo que el factor contextual es el liderazgo bioético, el cual incluye a la familia nuclear, las instituciones educativas, las dependencias gubernamentales y los medios de comunicación. Además de otros sectores de la sociedad como asociaciones de profesionales, redes sociales y asociaciones civiles; y, finalmente, todo aquello referente a la política formal sobre Bioética, que incluye política pública, marco legal y formación en bioética. Respecto a los factores individuales, parte de la propuesta de este trabajo es agregar hábitos y paradigmas sobre la vejez, donde estos dos últimos tienen una relación directa con la educación de la persona, independientemente del nivel de escolaridad.

También, de acuerdo con Jones (1991, citado en Ruiz y Ruiz 2011), el dilema moral influye como variable independiente sobre el proceso, de modo que el grado en el cual se presente la magnitud de las consecuencias, el consenso social, la probabilidad de efecto, la inmediatez temporal, la proximidad y la concentración de efecto, reflejará la presencia de la intensidad moral en el proceso, influyendo en la conducta final del agente moral. El presente trabajo no tiene como objetivo evaluar la conciencia moral

de las personas que interactúan con las PAM, simplemente se considera con el fin de conocer el proceso de comportamiento y la toma de decisiones éticas, así como para identificar sus determinantes.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo transversal de particularidades mixtas con alcance descriptivo y correlacional (Hernández, Fernández y Baptista 2014). Se consideraron PAM de 60 años, habitantes de la ciudad de Monterrey y su zona metropolitana que asisten a los dos lugares donde se llevó a cabo el estudio, ambas instituciones operan como centros de día. Los sujetos de observación fueron PAM de 60 años, físicamente independientes o semindependientes y cognitivamente aptas para responder; los criterios de exclusión fueron PAM de 60 años que declinaron participar o que no estaban aptas cognitivamente y los criterios de eliminación fueron las personas que no concluyeron. Para dar cumplimiento a los criterios, se recibió apoyo de los responsables de la institución.

Asimismo, se solicitó la autorización del Comité de Ética en Investigación del Instituto de Investigación en Bioética, se siguieron los protocolos administrativos, éticos e institucionales, por lo que el presente estudio se apegó a las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en la cual se estableció que para el desarrollo de la investigación en salud se consideraron aspectos éticos que garantizaron la dignidad y el bienestar de los participantes en esta investigación, mediante la aplicación del consentimiento informado (Secretaría de Salud 2014).

Por otro lado, el tamaño de la muestra para población finita y conocida se determinó por medio de los siguientes parámetros, considerando una población total (N) = 413 de ambas instituciones, el error (E) = 0,05, la prevalencia esperada del parámetro a evaluar (p) = 55 % obtenido de prueba piloto $n = 50$ y el valor correspondiente a la distribución de Gauss (Z) = 1,96. El tamaño de la muestra (n) que se obtuvo fue de 198 PAM, se aplicó a 200 ($n = 200$). La recolección de datos se llevó a cabo de julio del 2016 a mayo del 2017, con aplicación única y los instrumentos aplicados permitieron recolectar la información necesaria que requirió el planteamiento del problema y dio respuesta a la pregunta de investigación, para así dar cumplimiento a los objetivos establecidos, donde se cumplió con los criterios de confiabilidad y se aplicó un muestreo probabilístico estratificado.

Ahora bien, el procedimiento seguido fue llegar a la institución con la responsable que hacía el contacto con la PAM usuaria y que cumplía con los criterios de inclusión, entonces se realizaba la presentación con el investigador y se le explicaba el objetivo del estudio, se le preguntaba si deseaba participar y una vez que accedía, se le leía el consentimiento informado, asegurándose el evaluador de que lo entendiera y, cuando fue el caso, se respondió a las preguntas realizadas, se efectuó el protocolo y se procedió a la aplicación del cuestionario compuesto por cuatro cédulas que se describen a continuación.

En primer lugar, se aplicó la cédula de aspectos sociodemográficos (CASD) para conocer las características sociodemográficas de los participantes, lo que incluyó edad, género, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, lugar de nacimiento, religión y origen de sus ingresos, además, incluyó información sobre enfermedades diagnosticadas; aquí se siguió la definición de la OMS (2002) de las principales enfermedades crónicas que afectan a las PAM en todo el mundo.

En segundo lugar, se aplicó la escala de sospecha de maltrato (ESMT) (Shekelle y Geroff 2006; Iborra Marmolejo 2008, citados en Centec 2013), con el propósito de identificar en la población el nivel que corresponde. Esta contiene nueve preguntas y reportó un Alpha de Cronbach de 0,71 en prueba piloto ($n = 50$) y la final fue de 0,72 ($n = 200$).

En tercer lugar, la pregunta abierta (PA) fue planteada por el investigador principal, el propósito fue conocer de las propias PAM cómo necesitan ser tratados. Se preguntó: en su condición actual de PAM, ¿cómo necesita usted que lo traten?

Luego, con la información obtenida de las respuestas, se procedió de la siguiente manera: se dio lectura a cada una de estas, se consiguieron y se analizaron las palabras representativas más mencionadas, se preparó reporte de frecuencias y se clasificaron de acuerdo con las definiciones de los recursos bioéticos establecidos. Además, se elaboró una respuesta consolidada que representó a la población estudiada. Esta respuesta establece las condiciones necesarias que requieren las PAM en las interacciones de la vida diaria que les favorezcan vivir un buen trato.

Finalmente, la aplicación de la escala Fumat de calidad de vida (ECV) Verdugo *et al.* (2009b), su propósito es determinar el ECV de las PAM de acuerdo con ocho dimensiones establecidas. El índice de calidad de vida de cada uno de los 200 casos fue calculado individualmente según los lineamientos del instrumento, el cual contiene en total 57 preguntas y reportó un Alpha de Cronbach de 0,96 (Verdugo *et al.* 2009b), se calculó en el presente estudio el Alpha de Cronbach y se obtuvo un 0,83 en prueba piloto (n = 50) y un 0,84 al concluir el estudio (n = 200). Las dimensiones establecidas fueron las siguientes:

1. **Bienestar emocional:** satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés y de sentimientos negativos.
2. **Relaciones interpersonales:** tiene amigos claramente identificados, relaciones sociales, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes.
3. **Bienestar material:** vivienda, condiciones de servicio, jubilación, posesiones e ingresos.
4. **Desarrollo personal:** oportunidad de aprendizaje, habilidades funcionales, tales como, competencia personal, conducta adaptativa, comunicación y las habilidades académicas.
5. **Bienestar físico:** movilidad, memoria, visión, audición, actividades de la vida diaria y salud en general
6. **Autodeterminación:** autonomía, metas y preferencias personales, elecciones y toma de decisiones.
7. **Inclusión social:** participación, integración y apoyos.
8. **Derechos:** ejercer derechos, derechos legales, información, defensa de derechos y respeto.

Para el análisis de los datos, se realizaron índices con valores de 0 a 100, a mayor puntaje mayor calidad de vida y viceversa. El índice de calidad de vida se ubicó dentro de los percentiles que le corresponden según la clasificación siguiente: 76-100 = muy buena calidad de vida, 51-75 = buena calidad de vida, 26-50 = regular calidad de vida, 0-25 = mala calidad de vida. Se alimentó y se procesó la información y se aplicó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes). Con respecto a la comprobación de la hipótesis, se utilizó la prueba de Chi cuadrado, con el fin de probar la independencia de variables según la hipótesis nula. La comprobación de la hipótesis se llevó a cabo a través de los resultados a la pregunta, 1: en general, ¿se encuentra satisfecho con su vida presente? La respuesta representa el nivel de satisfacción con su vida, de la escala Fumat y la segunda variable fue el resultado de calidad de vida obtenido de la población.

A su vez, la variable “maltrato” se definió como dependiente, mientras que las variables independientes corresponden a las ocho dimensiones de ECV ya descritas, estas dimensiones se relacionan con los recursos bioéticos de la siguiente forma: autonomía

incluye autodeterminación y derechos, solidaridad contempla relaciones interpersonales e inclusión social, subsidiariedad integra el bienestar físico y el bienestar emocional y sociabilidad se compone de desarrollo personal y bienestar material.

Resultados

Con un tamaño de muestra de 200 PAM, la investigación obtuvo las siguientes características sociodemográficas: el 23,5 % corresponde al género masculino y el 76,5 % al femenino, la edad promedio es de 71,2 +/- 6,9 años. En cuanto al lugar de nacimiento, el 67,5 % es de procedencia urbana y el 32,5 % al rural. En creencias, el 86 % profesa la religión católica. El estado civil es 44 % casados, 40,5 % viudos, 6,5 % solteros y 7,0 % divorciados. Por lo que se refiere a la escolaridad, con básica está el 53,5 %, el 24,0 % tiene escolaridad media, el 18,5 % superior y el 4,0 % no tiene estudios. En el lugar de residencia, el 21,0 % vive en casa solo, el 19,5 % con pareja, el 59,0 % con familia y el 0,5 % con amistades.

Con respecto a la fuente de ingresos económicos, se obtuvo que proviene de su pensión en el 78 % de los casos, el 8,0 % recibe apoyos de la familia y el 14,0 % cuenta con apoyos sociales. Por lo que se refiere a las enfermedades diagnosticadas, el 86,5 % de la población reportó por lo menos una enfermedad, donde 48,5 % padece hipertensión, 35,5 % diabetes, 22,0 % enfermedades musculoesqueléticas, 18,0 % visuales, 10 % cardiovasculares, 2,5 % cáncer, 1,0 % EPOC, 0,5 % ACV y 14,0 % otras enfermedades diagnosticadas. En cuanto al número de enfermedades por persona, 42,0 % registró solo 1, 28,5 % refirió 2 y 16,0 % de 3 a 5 enfermedades.

Por otra parte, los resultados de sospecha de maltrato obtenidos de la aplicación de la ESMT muestran que el 45,5 % del total de PAM se ubican con sospecha de maltrato en sus diferentes modalidades. En este sentido, el 37,0 % corresponde al género femenino y el 8,5 % al género masculino, mientras tanto, la sospecha de maltrato por categoría se integró en físico con 9,0 %, psicológico 9,6 %, sexual 2,5 %, financiero-económico 8,0 % y de negligencia y abandono 15,3 %.

Es importante señalar que las categorías anteriores provienen de la escala mencionada, la cual contienen nueve tipos de preguntas:

1. ¿Alguien en casa le ha hecho daño? = 9,0 %
2. ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento? = 2,5 %
3. ¿Alguien le ha hecho hacer cosas que no quiere hacer? = 3,5 %
4. ¿Alguien ha tomado las cosas sin su consentimiento? = 13,5 %
5. ¿Alguien lo ha regañado o amenazado? = 12,0 %
6. ¿Ha firmado algún documento sin haberlo leído o entendido su contenido? = 8,0 %
7. ¿Le tiene miedo a alguien en casa? = 9,5 %
8. ¿Pasa mucho tiempo solo? = 23,5 %
9. ¿Alguna vez ha dejado alguien de ayudarlo a cuidarse cuando ha necesitado ayuda? = 13,0 %

Los resultados anteriores se clasifican en 25 % que dio positivo a un solo tipo de pregunta, 13,0 % de 2 a 3 preguntas, 4,0 % de 4 a 5 preguntas y 3,5 % positivo a más de 6 preguntas.

Por otra parte, con respecto a la pregunta: ¿cómo necesita usted que lo traten?, se obtuvo una tasa de respuesta a la pregunta abierta del 94,5 % (189 de 200) y dentro de las 189 respuestas obtenidas, se encontró que 67 palabras hacen referencia directa a cómo necesitan las PAM que las traten, se clasificaron en función a sus respectivas menciones, que en total fueron 422. Posteriormente, se analizó la información obtenida y se encontró que con el 23,9 % de las palabras, es decir 16 de ellas, se representa una frecuencia acumulada del 80,6 %, por lo tanto, estas 16 palabras son referentes de la población de estudio para describir su pensar y sentir sobre las necesidades de trato que requieren cubrir en su actual etapa de vejez y los recursos bioéticos involucrados (tabla 1).

Las palabras recabadas de las PAM encuestadas se clasificaron de acuerdo con las definiciones de los recursos bioéticos de autonomía, solidaridad, subsidiariedad y sociabilidad. Por consiguiente, los recursos bioéticos obtienen los siguientes resultados: autonomía 21,1 %, solidaridad 25,6 %, subsidiariedad 28,2 % y sociabilidad 5,7 %. Los resultados con respecto al 100 %, es decir, considerando las 67 palabras, fueron para autonomía 25,6 %, solidaridad 31,2 %, subsidiariedad 34,2 % y sociabilidad 9,0 %.

Se obtuvo una respuesta consolidada de las 189 recabadas y se presenta a continuación:

Yo necesito que me traten con respeto, es el principio del buen trato, que me permite recibir y dar el amor y cariño de las personas. Pido que me tengan paciencia para que me puedan comprender en mis decisiones y en mis necesidades básicas de atención y cuidados cuando lo requiera, el recibir el apoyo de todo lo anterior y la amabilidad recíproca me hace sentir valorado(a) y satisfecho(a).

En relación con los resultados de calidad de vida total, estos se obtuvieron a través de la aplicación de la ECV, incluyendo los resultados por dimensión.

Tabla 1. Frecuencia de las palabras más mencionadas en la pregunta abierta

Palabras	F	Concepto	%	% a	Recurso bioético
1	70	Respeto	16,6	16,6	Autonomía
2	45	Bien, buen trato, traten bien	10,7	27,3	Solidaridad
3	38	Amor	9,0	36,3	Subsidiariedad
4	37	Cariño	8,8	45,0	Subsidiariedad
5	21	Paciencia	5,0	50,0	Solidaridad
6	20	Atención	4,7	54,7	Subsidiariedad
7	19	Comprensión	4,5	59,2	Autonomía
8	19	Cuidados	4,5	63,7	Subsidiariedad
9	13	Apoyen, apoyo	3,1	66,8	Sociabilidad
10	11	Amabilidad	2,6	69,4	Sociabilidad
11	11	Valoren	2,6	72,0	Solidaridad
12	10	Igual	2,4	74,4	Solidaridad
13	8	Tomen en cuenta	1,9	76,3	Solidaridad
14	7	Convivencia	1,7	78,0	Solidaridad
15	6	Compañía	1,4	79,4	Solidaridad
16	5	Escuchen	1,2	80,6	Subsidiariedad

Nota aclaratoria: *f* = frecuencia, % = porcentaje, % a = acumulado, *n* = 200.

Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, los niveles de calidad se clasifican en cuatro: muy buena, buena, regular y mala. Con respecto a la calidad de vida total, el 87,5 % de la población de estudio se ubica en las categorías de muy buena (60,0 %) y buena calidad (27,5 %). En cuanto a los resultados por cada una de las dimensiones, se listan de mayor a menor según el dato obtenido, autodeterminación: 95,5 %, desarrollo personal: 93,5 %, inclusión social: 88,0 %, bienestar emocional: 83,5 %, relaciones interpersonales: 82,0 %, derechos: 77,0 %, bienestar físico: 76,0 % y bienestar material: 39,0 % (tabla 2).

Tabla 2. Calidad de vida total y por dimensiones

Concepto	Muy buena	Buena	Regular	Mala
	%	%	%	%
Calidad de vida	60,0	27,5	10,5	2,0
Bienestar emocional	36,5	47,0	11,0	5,5
Relaciones interpersonales	54,0	28,0	13,5	4,5
Bienestar material	0,5	38,5	26,5	34,5
Desarrollo personal	66,5	27,0	6,5	0,0
Bienestar físico	41,5	34,5	22,0	2,0
Autodeterminación	79,0	16,5	4,0	0,5
Inclusión social	62,5	25,5	8,5	3,5
Derechos	35,0	42,0	16,5	6,5

Nota aclaratoria: % = porcentaje, $n = 200$.

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los resultados por recursos bioéticos, derivados de las dimensiones de calidad de vida, se obtuvo en autonomía: 27,2 %, solidaridad: 26,8 %, subsidiariedad: 25,2 % y sociabilidad: 20,9 %. Por otra parte, con respecto a calidad de vida total por datos sociodemográficos, se presentan los resultados desglosados por grupo de edad, género, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, fuente de ingresos, enfermedad y sospecha de maltrato (tabla 3). En lo referente a la satisfacción con la vida, se obtuvo un 88,5 % de la población total, los resultados por grupo de edad, en los rubros de siempre y casi siempre más frecuentemente, fueron de 60 a 64 años = 83,0 %, de 65 a 74 años = 88,4 %, de 75 a 79 años = 94,2 % y de 80 y más = 90,0 % (tabla 4).

Además, se presentan resultados de la calidad de vida por dimensiones por edad, donde se puede observar el impacto a nivel de bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (tabla 5). Por otra parte, es relevante ver el efecto que tiene la sospecha de maltrato en la calidad de vida de las PAM por aspectos sociodemográficos (tabla 6).

Tabla 3. Calidad de vida total por datos sociodemográficos

Concepto	Muy buena	Buena	Regular	Mala
	%	%	%	%
Edad				
De 60 a 64 años	63,4	24,4	9,8	2,4
De 65 a 74 años	58,9	31,6	8,4	1,1
De 75 a 79 años	50,0	29,4	17,6	2,9
De 80 años y más	70,0	16,7	10,0	3,3
Género				
Masculino	59,6	29,8	10,6	0,0
Femenino	60,1	26,8	10,5	2,6
Estado civil				
Casado	63,6	30,7	5,7	0,0
Viudo	63,0	22,2	12,3	2,5
Soltero	61,5	15,4	7,7	15,4
Divorciado	28,6	42,9	28,6	0,0
Unión libre	0,0	100,0	0,0	0,0
Otro	33,3	33,3	33,3	0,0
Escolaridad				
Primaria	42,0	42,0	13,0	2,9
Secundaria	60,5	23,7	15,8	0,0
Preparatoria	50,0	16,7	0,0	33,3
Técnica	76,2	19,0	4,8	0,0
Profesional	71,9	21,9	6,3	0,0
Posgrado	80,0	20,0	0,0	0,0
Sin estudios	75,0	0,0	25,0	0,0
Residencia				
Casa solo	61,9	23,8	11,9	2,4
Casa pareja	69,2	28,2	2,6	0,0
Casa familia	56,8	28,8	11,9	2,5
Amistades	0,0	0,0	100,0	0,0
Ingresos				
Pensión	60,6	25,8	11,0	2,6
Apoyo familia	43,8	50,0	6,3	0,0
Apoyo social	64,3	25,0	10,7	0,0
Enfermedad				

Concepto	Muy buena	Buena	Regular	Mala
	%	%	%	%
Sí	56,1	29,5	12,1	2,3
No	85,2	14,8	0,0	0,0
Sospecha de maltrato				
Sí	42,9	35,2	18,7	3,3
No	74,3	21,1	3,7	0,9

Nota aclaratoria: % = porcentaje, $n = 200$.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Satisfecho con su vida por datos sociodemográficos

Concepto	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
	%	%	%	%
Edad				
De 60 a 64 años	65,9	17,1	17,1	0,0
De 65 a 74 años	71,6	16,8	9,5	2,1
De 75 a 79 años	82,4	11,8	2,9	2,9
De 80 años y más	86,7	3,3	10,0	0,0
Género				
Masculino	80,9	14,9	4,3	0,0
Femenino	72,5	13,7	11,8	2,0
Estado civil				
Casado	76,1	15,9	6,8	1,1
Viudo	82,7	9,9	4,9	2,5
Soltero	46,2	30,8	23,1	0,0
Divorciado	50,0	14,3	35,7	0,0
Unión libre	0,0	0,0	100,0	0,0
Otro	66,7	0,0	33,3	0,0
Escolaridad				
Primaria	71,0	11,6	14,5	2,9
Secundaria	71,1	15,8	10,5	2,6
Preparatoria	50,0	33,3	0,0	0,0
Técnica	81,0	14,3	4,8	0,0
Profesional	75,0	18,8	6,3	0,0
Posgrado	80,0	0,0	20,0	20,0

Concepto	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
	%	%	%	%
Sin estudios	100,0	0,0	0,0	0,0
Residencia				
Casa solo	69,0	14,3	14,3	2,4
Casa pareja	76,9	17,9	5,1	0,0
Casa familia	76,3	11,9	10,2	1,7
Amistades	0,0	100,0	0,0	0,0
Ingresos				
Pensión	74,4	15,4	9,0	1,3
Apoyo familia	50,0	18,8	31,3	0,0
Apoyo social	89,3	3,6	3,6	3,6
Enfermedad				
Sí	71,7	15,6	11,0	1,7
No	92,6	3,7	3,7	0,0
Maltrato				
Sí	63,7	16,5	16,5	3,3
No	83,5	11,9	4,6	0,0

Nota aclaratoria: % = porcentaje, $n = 200$.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Calidad de vida dimensiones por edad

Concepto	De 60 a 64 años	De 65 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 años y más
	%	%	%	%
Bienestar emocional				
Muy buena	36,6	34,7	32,4	46,7
Buena	43,9	48,4	50,0	43,3
Regular	12,2	10,5	11,8	10,0
Mala	7,3	6,3	5,9	0,0
Relaciones interpersonales				
Muy buena	51,2	51,6	55,9	63,3
Buena	26,8	30,5	26,5	23,3
Regular	14,6	14,7	8,8	13,3
Mala	7,3	3,2	8,8	0,0
Bienestar material				

Concepto	De 60 a 64 años	De 65 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 años y más
	%	%	%	%
Muy buena	0,0	0,0	2,9	0,0
Buena	46,3	40,0	32,4	30,0
Regular	26,8	26,3	29,4	23,3
Mala	26,8	33,7	35,3	46,7
Desarrollo personal				
Muy buena	70,7	66,3	58,8	70,0
Buena	29,3	28,4	20,6	26,7
Regular	0,0	5,3	20,6	3,3
Mala	0,0	0,0	0,0	0,0
Bienestar físico				
Muy buena	53,7	41,1	35,3	33,3
Buena	34,1	32,6	23,5	53,3
Regular	12,2	25,3	35,3	10,0
Mala	0,0	1,1	5,9	3,3
Autodeterminación				
Muy buena	75,6	83,2	67,6	83,3
Buena	19,5	13,7	26,5	10,0
Regular	4,9	2,1	5,9	6,7
Mala	0,0	1,1	0,0	0,0
Inclusión social				
Muy buena	63,4	61,1	61,8	66,7
Buena	22,0	29,5	29,4	13,3
Regular	7,3	8,4	2,9	16,7
Mala	7,3	1,1	5,9	3,3
Derechos				
Muy buena	29,3	29,5	44,1	50,0
Buena	41,5	48,4	32,4	33,3
Regular	17,1	18,9	8,8	16,7
Mala	12,2	3,2	14,7	0,0

Nota aclaratoria: % = porcentaje, $n = 200$.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Calidad de vida con sospecha de maltrato por datos sociodemográficos

Concepto	S. Maltrato por rubro	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
	%	%	%	%	%
Edad					
De 60 a 64 años	46,3	52,6	31,6	10,5	5,3
De 65 a 74 años	44,2	40,5	38,1	19,0	2,4
De 75 a 79 años	52,9	38,9	33,3	27,8	0,0
De 80 años y más	40,0	41,7	33,3	16,7	8,3
Género					
Masculino	36,2	47,1	35,3	17,6	0,0
Femenino	48,4	41,9	35,1	18,9	4,1
Estado civil					
Casado	31,8	46,4	42,9	10,7	0,0
Viudo	50,6	43,9	34,1	19,5	2,4
Soltero	46,2	50,0	0,0	16,7	33,3
Divorciado	92,9	30,8	38,5	30,8	0,0
Escolaridad					
Primaria	46,4	25,0	50,0	18,8	6,3
Secundaria	44,7	35,3	29,4	35,3	0,0
Preparatoria	50,0	33,3	33,3	0,0	33,3
Técnica	42,9	61,1	27,8	11,1	0,0
Profesional	46,9	60,0	33,3	6,7	0,0
Posgrado	20,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Sin estudios	62,5	60,0	0,0	40,0	0,0
Residencia					
Solo	69,0	55,2	27,6	13,8	3,4
Pareja	35,9	57,1	42,9	0,0	0,0
Familia	39,8	31,9	38,3	25,5	4,3
Amistades	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Ingresos					
Pensión	44,5	44,9	31,9	18,8	4,3
Apoyo familia	75,0	33,3	58,3	8,3	0,0
Apoyo social	34,5	40,0	30,0	30,0	0,0
Enfermedad					
Sí	49,7	40,7	36,0	19,8	3,5
No	18,5	80,0	20,0	0,0	0,0

Nota aclaratoria: % = porcentaje, $n = 200$.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

¿Cuál es la condición necesaria en la calidad de vida de las PAM que les permita llevar un proceso de envejecimiento digno?, ante este planteamiento, los resultados obtenidos muestran que las PAM necesitan buen trato mediante el respeto y la comprensión (autonomía 25,6%), buen trato, paciencia, que les valoren, recibir un trato igual, que les tomen en cuenta, convivencia y compañía (solidaridad 31,2%), amor, cariño, atención, cuidados y que les escuchen (subsidiariedad 34,2%), además de apoyo y amabilidad (sociabilidad 9,0%), por tanto, los resultados sugieren que la presencia de recursos bioéticos en las interacciones con PAM favorece su percepción de calidad de vida, facilitando de esta manera el que lleven una vida digna. Estos argumentos pueden ser utilizados en beneficio de la vida de las PAM, a través de la conciencia moral que necesita tener la sociedad en general en el tema de vejez.

Con relación a la caracterización demográfica de la población, se considera un rango de edad de 60 a 88 años, con amplitud de 18 años, donde la población de PAM estudiada parece indicar que pertenece a una muestra representativa de lo que piensa, siente y hace una PAM ante sus necesidades de buen trato, sin embargo, se limita la muestra a personas que asisten a centros de día. Los resultados en términos generales van de acuerdo con los reportados en estudios como Conapred (2017), Tamez (2008) y la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Caja los Andes (2017), donde se observan algunas diferencias que obedecen principalmente a las características de la población.

Con respecto a la sospecha de maltrato, se obtuvo un 45,5% con esta condición; este resultado es relevante porque no solo proporciona un orden de magnitud, sino que fortalece la intención de atender urgente y responsablemente esta problemática. La encuesta de maltrato a los adultos mayores en el Distrito Federal (ahora CDMX) reportó un 16% de prevalencia de maltrato (Giraldo 2015). Por otra parte, un estimado obtenido de los países que presentan estadísticas, el maltrato a PAM oscila entre el 1% y el 10% (OMS, s. f.). Por otro lado, el nivel de maltrato reportado por Yongjie et al. (2017) fue de 15,7%, oscilando los registros individuales entre 4% y 79%. Este escenario advierte sobre la diversidad de datos ante la problemática del maltrato en las PAM.

En cuanto a los resultados por categoría, los datos del presente estudio con respecto a los reportados por Giraldo (2015) y Yongjie *et al.* (2017) arrojan diferencias en todas las categorías, recordando que, en el presente estudio, solo se aplicó la escala de sospecha de maltrato. Los resultados de los dos estudios mencionados presentan niveles muy similares, donde los datos estadísticos a nivel internacional sobre el maltrato a las PAM son escasos y si a la insuficiente información sobre el tema se agrega que la existente se origina mediante aplicación de distintos instrumentos y diversas metodologías, el escenario que presenta los resultados requiere cautela y prudencia a la hora de analizar, de ahí que el presente estudio agrega elementos que fortalecen la necesidad de realizar más investigación sobre el tema, incluyendo la revisión de metodologías y el diseño de instrumentos.

Con respecto a la pregunta: ¿cómo necesita usted que lo traten?, el significado de las respuestas de las PAM (tabla 1) establece las condiciones necesarias que requieren estas personas en las interacciones de la vida diaria, que les favorezcan para vivir una vejez digna. En este sentido, la respuesta de la población es consistente con lo reportado por Fernández-Ballesteros (2011), de ahí que la respuesta consolidada del estudio y la que pública la autora van en la misma dirección, el respeto para ambas poblaciones representa una puntual petición a la hora de hablar de buen trato, incluso puede considerarse como el punto de partida al momento de interactuar con las PAM.

Por otra parte, se reportó en el 88,5 % de los casos estar satisfechos con sus vidas. Estos resultados se contrastan con dos encuestas que corresponden a poblaciones de diferentes países: Argentina informó que el 91,8 % de las PAM encuestadas manifestaron tener satisfacción vital (Indec 2014). Por otro lado, el índice de satisfacción vital que reporta la población Española, es del 77,9 % (Salmerón, Martínez de Miguel y Escarbajal 2014). El obtenido en este estudio se ubica en un rango alto, por lo que parece ser que parte de la población estudiada cuenta con recursos internos que le ayudan a sobreponerse a las adversidades que les presenta la vida, resignificando sus experiencias en términos resilientes y, así, continuar evolucionando.

Con relación, al nivel de calidad de vida, el presente estudio registró un 87,5 % (tabla 2), superior al de la población chilena de un 72 % (Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja los Andes 2017). Una explicación posible de la diferencia estaría en las características de la muestra, por su diversidad sociodemográfica y su tamaño, por ejemplo, la del estudio se concentró en usuarios de centros de día, además de que cerca del 80 % reciben ingresos por pensión. De acuerdo con Salmerón, Martínez de Miguel y Escarbajal (2014), un propósito de la gerontología tiene que ver con el nivel de la calidad de vida de las PAM, por lo que se constituye como una meta, un objetivo primario.

Por tanto, los mayores niveles de calidad de vida se asocian más en PAM entre los 65 y los 74 años, masculinos, casados, con mayor escolaridad, que viven en pareja, con ingresos de apoyo familiar, sin enfermedades y sin maltratos. Se observa que los viudos están más satisfechos con la vida, pero refieren menos calidad con respecto a los casados. Las PAM con posgrados cuentan con mayor calidad de vida, pero reportan la menor satisfacción con la vida (tabla 3).

Por otra parte, estar satisfecho con su vida se asocia más con PAM de 75 a 79 años, masculinos, viudos o casados, estudios técnicos o profesionales, que viven en pareja, con ingresos por pensión y apoyos sociales, sin enfermedades y sin maltratos (tabla 4), los resultados son consistentes con la bibliografía y denotan la importancia de la valoración subjetiva. No obstante, los resultados de calidad de vida y satisfacción con la vida (tabla 3 y 4) presentan variaciones con respecto a la edad. Las PAM de 80 años y más, con el más alto nivel de estar satisfechos con su vida, con un 86,7 % (tabla 4), donde estos resultados concuerdan y respaldan lo que afirma Salmerón, Martínez de Miguel y Escarbajal (2014), sobre el despliegue de aspectos positivos a medida que envejece la persona y son diferentes a los declives biológicos de esta etapa. Además, el bienestar emocional representa un valioso recurso en las PAM de 80 y más (tabla 5). Ello también va de acuerdo con Zamarrón (2006), quien afirma que el bienestar subjetivo es la evaluación que una persona hace de su vida en términos cognitivos, es decir, a la evaluación sobre su propia vida y emociones, al estado de ánimo de la persona.

Cabe señalar que el nivel de calidad de vida que reporta el grupo de 80 años y más es de un 70 %, de muy buena calidad en contraste con el grupo de 75 a 79 años que registró un 50 % en el mismo renglón (tabla 3). El escenario anterior coincide con los argumentos que plantean Aguilar, Álvarez y Lorenzo (2011) sobre la calidad de vida, donde hay tres aspectos fundamentales: relación del individuo con su vida, enfoque multidimensional y valoración subjetiva de su propia vida. Lo anterior también concuerda con Zamarrón (2006) y Salmerón, Martínez de Miguel y Escarbajal (2014).

Es relevante señalar que el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, la auto-determinación, la inclusión social y los derechos representan en el grupo de 80 años y más, sus mayores aliados en su proceso de envejecimiento, en el 62,5 % de las dimensiones obtuvieron los más altos registros (tabla 5). Los resultados son consistentes con lo que establece Salmerón, Martínez de Miguel y Escarbajal (2014) sobre la paradoja del

envejecimiento, en la vejez se incrementan los problemas de salud y los diferentes tipos de pérdidas asociadas, sin embargo, las PAM presentan niveles más altos de bienestar subjetivo. La autodeterminación se constituye como la más significativa, ya que aprecian que se les respetan sus decisiones en cuestiones cotidianas y en las importantes para su vida, así como el elegir cómo administrar su tiempo (tabla 5).

Por consiguiente, una explicación posible de lo anterior es que los recursos que va obteniendo la persona en su trayecto de vida, le permiten ir adaptándose a su vejez, esto se logra mediante el entendimiento y el acomodo a través de las experiencias de vida capitalizadas, por lo tanto, a más años vividos y de aprendizaje, mayores recursos disponibles para adaptarse a su vejez, todo esto corresponde con lo que plantea Zamarrón (2006), quien afirma que la sabiduría en la vejez se constituye a través de la vida, la experiencia obtenida le permite seleccionar, optimizar y compensar los déficits y las necesidades que se le presenten.

Por otra parte, los casos con menor sospecha de maltrato y mayor calidad de vida se asocian más con PAM del género masculino, estar casado, tener un mayor grado de escolaridad, vivir en pareja, recibir apoyo social y vivir sin enfermedades diagnosticadas (tabla 6). Además, se observa que por grupos de edad, el de 80 años y más es el que registró una menor sospecha de maltrato, pero en calidad de vida solo está por arriba del grupo de 75 a 79 años, siendo consistente con la bibliografía presentada. Un dato más que refleja la compensación entre sospecha de maltrato y residencia se presenta en el caso de las PAM que viven solas, quienes reportaron un mayor nivel de sospecha de maltrato, pero un mayor nivel de calidad de vida con respecto a los que viven en familia, las cuales reportaron resultados inversos.

Finalmente, con respecto a la PA y a la aplicación de la ECV, los resultados derivados de ambas formas de recolección de datos permiten observar los diferentes acomodos que la autonomía y la subsidiariedad experimentan en ambas opciones, en el instrumento y con preguntas cerradas, la autonomía es el primer lugar en puntuación, le sigue la solidaridad, en tercer sitio está la subsidiariedad y en el cuarto la sociabilidad, en cambio, la PA arroja un orden diferente, aparece en primer sitio la subsidiariedad, le sigue la solidaridad que mantiene su segundo lugar, el tercer lugar es para la autonomía y en último se mantiene la sociabilidad, sin dejar de mencionar que el respeto registró el primer lugar con 16,6 % y corresponde a la autonomía, lo que parece indicar que en la PA la respuesta contiene no solo el pensar y el sentir de la PAM en función a su experiencia y su interpretación que la hace personal y única, sino que además se expresa en su lenguaje (tabla 1), considerando estas dos cualidades de la respuesta, su valor se potencializa sin demeritar la fuente que contiene solo preguntas cerradas y que además sus respuestas son valiosas. Por tanto, el paso de una autonomía del 27,2 % (ECV) a una del 25,6 % (PA) y de una subsidiariedad del 25,1 % (ECV) a una del 34,2 % (PA), indica que en la pregunta abierta se da la libertad de expresar su prioridad de necesidades, las cuales radican en recibir atención y cuidados, ser escuchados y tener interacciones con las personas con una fuerte dosis de cariño y amor.

En síntesis, se obtuvo de las PAM, las visiones objetiva y subjetiva de las condiciones actuales de cómo viven y perciben su actual etapa de vejez, de manera que estar satisfechos con la vida se correlaciona con el nivel de calidad de vida y se confirma a través de la práctica de los recursos bioéticos dentro de las interacciones con las PAM.

Consideraciones finales

La presente investigación determinó que, la presencia de recursos bioéticos en las interacciones con PAM favorece la percepción del nivel de calidad de vida, facilitando de esta manera el llevar una vida digna. Por tanto, el conocimiento obtenido de la investigación, sugiere que los resultados aportan recursos prácticos que pueden reforzar la conciencia del agente moral a la hora de interactuar con las PAM, desplegando esta conciencia a través del ejercicio cotidiano de la autonomía, la solidaridad, la subsidiariedad y la sociabilidad, que representan los recursos bioéticos que conducen al buen trato de las PAM.

Por consiguiente, el ejercicio de la autonomía en la vida de las PAM se reconoce a través del respeto y la comprensión recibida de las personas con las que interactúa, reflejándose en un sentimiento de identidad y pertenencia, asimismo, beneficia el reconocimiento a sus derechos, teniendo, una mayor confianza y seguridad para ejercer su voluntad. Además, al recibir y ser reconocidas por parte de las PAM, las acciones solidarias fomentan los vínculos afectivos funcionales al ser bien tratados y valorados, con conductas que reflejan la paciencia y facilitan la convivencia, sintiéndose acompañados en su vejez, de modo que las relaciones interpersonales y la inclusión social benefician su calidad de vida.

Con respecto a la subsidiariedad, la atención y los cuidados recibidos son muy valorados, además al ser escuchadas las PAM, permite que expresen su pensar y sentir, favoreciendo las acciones de benevolencia y los cuidados de parte de su familia, beneficiando el bienestar físico y emocional. Un recurso más es la sociabilidad, que se manifiesta principalmente mediante el trato amable y una conducta de apoyo hacia las PAM en tener bienestar material, significando de esta manera el contar con relaciones gratificantes que fomentan el desarrollo personal y continúen conviviendo con su red familiar y social, aún ante la presencia de síndromes geriátricos que puedan favorecer el aislamiento.

Las características sociodemográficas relevantes que aporta la muestra a la investigación, corresponde a una población que se ubica en el segundo tercio de su vejez, escolaridad básica y media, donde la gran mayoría vive con una o más enfermedades crónico-degenerativas y casi la mitad con polipatologías, encabezadas por hipertensión y diabetes, los casados y los viudos representan poco más del 80 %, dividen registros, polarizando el estado civil; el 80 % viven acompañados, presentan seguridad de ingreso económico. El contexto del marco sociodemográfico que ofrece el estudio debe considerarse al analizar los resultados obtenidos. Con respecto a la sospecha de maltrato, esta se asocia más con PAM cuya edad oscila entre los 75 años y los 79 años, mujeres, divorciadas y viudas, con nivel de escolaridad de secundaria, preparatoria y sin estudios, que viven solas y que tienen alguna enfermedad diagnosticada.

De manera que los hallazgos obtenidos permiten aportar:

1. Mayor entendimiento sobre las características sociodemográficas de la población que asiste a centros de día.
2. Establecer la magnitud de la sospecha de maltrato y tomar conciencia del impacto en la calidad de vida de las PAM.
3. Dos opciones para determinar los recursos bioéticos involucrados en el buen trato.
4. Conocimiento y rumbo en el desarrollo de la construcción de una teoría, enfocada en soluciones prácticas derivadas de la Bioética.

Con relación a las limitaciones del estudio, la muestra de la población y de acuerdo con la pretensión de la investigación, se limita a PAM que asisten a dos centros de día, asimismo, el estudio se limita a la sospecha de maltrato, el alcance definido fue el tener una referencia

práctica y fundamentada sobre esta problemática de acuerdo con el objetivo secundario establecido. Se recomienda la realización de un estudio longitudinal, además una investigación que no se limite a la sospecha de maltrato, sino también la ejecución de estudios cualitativos, los cuales permiten capturar con mayor profundidad, claridad y autenticidad, las experiencias de las PAM, aportando información valiosa a la visión cuantitativa y, finalmente, al diseño y la construcción de instrumentos de recolección de datos.

Ahora, corresponde al agente moral apropiarse de los resultados obtenidos y ponerlos en práctica mediante su comportamiento y toma de decisiones bioéticas, en torno al buen trato con las PAM. En definitiva, para disminuir el maltrato y aumentar el buen trato, es indispensable la participación en la solución de manera inmediata, responsable y permanente de las instancias gubernamentales, las iniciativas privadas, las instituciones educativas, los medios de comunicación, los colegios de profesionales, las asociaciones civiles, la sociedad en general y, sobre todo, la familia, que representa el pilar fundamental y primario de la educación en el proceso de envejecer y del respeto a las PAM.

Finalmente, a manera de reflexión, es un buen hábito acompañarse de recursos bioéticos en la etapa de vejez, en esta, la felicidad transita entre el valor del buen vivir y el valor del buen morir, por momentos puede ser confuso saber cuál es una y cuál es otra, pero cuando se vive dignamente, puede ser irrelevante tal diferencia.

Contribución de los autores

Heriberto García Peña: conceptualización, interpretación de los datos, metodología, elaboración del artículo y aprobación de la versión final a ser publicada; Pedro César Cantú Martínez: elaboración del artículo y aprobación de la versión final del artículo.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para la escritura o publicación de este artículo.

Conflictos de interés

Los autores no tienen conflictos de interés en la escritura o publicación de este artículo.

Implicaciones éticas

Los autores declaran que este artículo no tiene implicaciones éticas en su desarrollo o publicación.

Referencias

- Aguilar, José, Joaquín Álvarez y José Javier Lorenzo. 2011. "Factores que Determinan la Calidad de Vida en las Personas Mayores." *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD. Revista de Psicología* 4, no. 1: 161-168. http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen4/INFAD_010423_161-168.pdf
- Bermejo, Lourdes. 2008. "Educar para el buen trato. Prevención, Sensibilización y Capacitación." <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Ficheros/Libro%20Jornadas%202008/2%20Ponencias.pdf>

- Berti, Bernandita. 2015. "Los Principios de la Bioética." *Prudentia Juris* 79: 269-280. <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/principios-bioetica-berti-garcia.pdf>
- Cámara de Diputados. 2018. "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos." <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>
- Casas, María de la Luz. 2008. "Introducción a la metodología de la investigación bioética, sugerencias para el desarrollo de un protocolo de investigación cualitativa interdisciplinaria." *Acta Bioética* 14, no. 1: 97-105. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100013>
- Centec. 2013. "Guía Práctica Clínica. Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor. IMSS-057-08." Instituto Mexicano del Seguro Social, Gobierno de México. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf
- Conapred. 2017. "Encuesta Nacional sobre Discriminación en México." Conapred. http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/PtcionENADIS2017_08.pdf
- Cortina, Adela. 2001. *Ciudadanos del mundo hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza Editorial S. A.
- Fernández-Ballesteros, Rocío. 2011. "Buen trato. Como quieren ser tratadas las personas mayores." En *Guía Práctica del Buen Trato a las Personas Mayores*, editado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 15-24. España.
- García, Heriberto. 2020. "Discriminación y vejez: la injusticia social del edadismo en el bienestar del adulto mayor." En *Bienestar y Salud Social*, editado por Pedro César Cantú-Martínez, 221-236. México: Editorial Universitaria Universidad Autónoma de Nuevo León. <https://www.researchgate.net/publication/343700395>
- Giraldo, Liliana y Sara Torres. 2010. "Envejecimiento, Vulnerabilidad y Maltrato." En *Envejecimiento Humano. Una Visión Transdisciplinaria*, 315-324. Gobierno de México Secretaria de Salud, Instituto de Geriatria y Red Temática de Investigación en Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social. <http://repositorio.inger.gob.mx/handle/20.500.12100/17387?show=full>
- Giraldo, Liliana. 2015. "El maltrato de las personas de edad." En *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, 229-243. México: UNAM, Coordinación de la Investigación Científica, Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, Academia Nacional de Medicina de México, Academia Mexicana de Cirugía y Instituto Nacional de Geriatria. <https://bit.ly/41jFEFF>
- Hernández, Roberto, Carlos Fernández y María del Pilar Baptista. 2014. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S. A. de C. V.
- Imsero. 2012. "Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional: 2012. Resultados del Programa de actividades en España. Informe Final." España: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. http://www.autonomiapersonal.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/programadetrabajo_ae2012_final.pdf

- Imsero. 2017. "Informe 2016: las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidad autónomas." España: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/msan0206.dir/msan0206.pdf
- Indec. 2014. "Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012, ENCaViAM. Principales Resultados." Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- Inegi. 2016. "Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas de Edad. (1 de octubre)." Encuesta Intercensal. http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf
- Lolas, Fernando. 2012. "Vejez y Envejecimiento: La Solidaridad como Principio Bioético." *Revista Anales, Séptima Serie* 3: 129-136. <http://www.anales.uchile.cl/index.php/ANUC/article/viewFile/21732/23042>
- Molina, Nelson. 2013. "La Bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso." *Revista Colombiana de Bioética* 8, no. 2: 18-37. <https://doi.org/10.18270/rcb.v8i2.791>
- Moya, Graciela. 2012. "La aplicación del principio de subsidiariedad en el empoderamiento de los pacientes para el cuidado de la salud: el caso de enfermedades raras en Argentina." *Acta Bioethica* 18, no. 2: 181-188. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2012000200006>
- Naciones Unidas. 2012. "Resolución 66/127. Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento." *Asamblea General*. <https://www.unc.edu.ar/sites/default/files/N1146647.pdf>
- OMS. 2002. "Envejecimiento Activo: Un Marco Político." *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 37, no. S2: 74-105. <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=50295>
- OMS. 2003. "Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores." Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez. http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf
- OMS. s. f. "Día mundial de toma de conciencia del abuso y maltrato en la vejez 15 de junio". <https://www.un.org/es/observances/elder-abuse-awareness-day>
- Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja los Andes. 2017. "Chile y sus Mayores. 10 Años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez." UC-Caja los Andes. Resultados IV Encuesta Calidad de Vida en la Vejez. http://www.adultomayor.uc.cl/docs/Libro_CHILE_Y_SUS_MAYORES_2016.pdf
- Rachels, James. 2006. *Introducción a la Filosofía Moral*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ruiz, Palomino y Carmen Ruiz. 2011. "Factores Determinantes del Comportamiento Ético/No Ético del Empleado: Una Revisión de la Literatura." *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa* 17, no. 3: 29-45. [https://doi.org/10.1016/S1135-2523\(12\)60119-1](https://doi.org/10.1016/S1135-2523(12)60119-1)

- Salmerón, Juan Antonio, Silvia Martínez de Miguel y Andrés Escarbajal. 2014. *Vejez, Mujer y Educación. Un Enfoque Cualitativo de Trabajo Socioeducativo*. Madrid: Dykson.
- Secretaría de Salud. 2014. “Punto decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.” Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=2/04/2014
- Tamez, Blanca. (2008). *La solidaridad familiar hacia los adultos mayores en Monterrey N. L.* México: Instituto Estatal de las Mujeres Nuevo León. <http://www.nuevoleon.gob.mx/sites/default/files/interioresadultosmayores.pdf>
- Verdugo, Miguel Ángel, Benito Arias, Laura Gómez y Robert Schalock. (2009a). *Escala Gencat. Manual de Aplicación de la Escala Gencat de Calidad de Vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya. <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>
- Verdugo, Miguel Ángel, Laura Gómez y Benito Arias. 2009b. *Evaluación de la Calidad de Vida en Personas Mayores. La Escala FUMAT*. Salamanca España: Publicaciones del INICO. http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf
- Yongjie, Yon, Christopher Mikton, Zachary Gassoumis y Kathleen Wilber. 2017. “Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis.” *Lancet Global Health* 5: 147-156. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2817%2930006-2>
- Zamarrón, María Dolores. 2006. “El bienestar subjetivo en le vejez”. *Informes Portal de Mayores* 52. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf>