

**Vulnerabilidad en la atención de personas mayores con discapacidad  
cognitiva y física en Bogotá**

**JULY ANDREA SÁNCHEZ ROBAYO**

UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA  
MAESTRÍA EN BIOÉTICA  
JUNIO, 2023

Vulnerabilidad en la atención de personas mayores con discapacidad  
cognitiva y física en Bogotá

**JULY ANDREA SÁNCHEZ ROBAYO**

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Bioética

Área de investigación: Bioética y Salud

Tutor teórico:

**BORIS JULIÁN PINTO.**

Tutor metodológico:

**HERNANDO AUGUSTO CLAVIJO**

**DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**BOGOTÁ**

**2023**

NOTAD DE ACEPTACION

---

---

---

---

Firma del tutor

---

---

Firma de Jurado

---

---

---

Firma de Jurado

---

---

---

Bogotá D.C, Junio 2023

## Dedicatoria:

Dedico este trabajo de grado con profundo amor y gratitud a mi abuelita, Ana Julia Farias de Robayo quien en vida me enseñó el valor inmenso del estudio y la perseverancia. Tus palabras de aliento y tu ejemplo han sido mi inspiración constante a lo largo de este camino académico. Aunque ya no estés físicamente conmigo, sé que tu espíritu estará presente en cada logro que alcance.

A mis queridos padres, quienes han sido mi pilar inquebrantable, les agradezco por su apoyo incondicional en cada etapa de mi formación académica. Su dedicación y amor han sido fundamentales para que hoy pueda celebrar la culminación de este trabajo. Su confianza en mí me ha impulsado a superar mis propios límites y a perseguir mis sueños con determinación.

A mi amado esposo, a quien agradezco por ser mi mayor motivación y por brindarme ese empujón necesario para embarcarme en esta maestría. Tu apoyo constante, tu comprensión y tu amor incondicional me han dado la fuerza y la confianza para enfrentar cada desafío y perseverar en mi camino académico.

A mis hermanas, quienes han sido una fuente constante de inspiración, agradezco por ser modelos a seguir en el ámbito académico. Su dedicación y logros han sido motivación constante para buscar mi excelencia académica. A través de su ejemplo, han sembrado en mí la semilla de la responsabilidad y el compromiso.

Agradecimiento:

Agradezco a Dios, fuente de toda sabiduría y fortaleza, por guiar mis pasos y otorgarme la capacidad de culminar este trabajo de grado. Tu presencia constante y tu bendición han sido mi guía en cada etapa de este proceso académico. Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos mis profesores de la maestría por su dedicación, conocimientos y apoyo durante mi proceso de aprendizaje. Sus enseñanzas y experiencia han sido fundamentales para mi formación académica y profesional.

En particular, deseo extender un agradecimiento especial a mis tutores de trabajo de grado. Su guía experta, paciencia y compromiso han sido invaluable para el desarrollo y culminación de este proyecto. A través de su orientación, he adquirido habilidades fundamentales, he ampliado mi perspectiva académica y he alcanzado un mayor nivel de rigor en mi investigación. Su compromiso con mi crecimiento académico y su disposición para brindarme retroalimentación constructiva han sido de gran valor.

## Contenido

	Pág.
Introducción.....	11
Caracterización del fenómeno del maltrato a la persona mayor: Una visión epidemiológica.....	14
Revisión breve de la política pública social de envejecimiento y vejez 2010-2025.....	21
Taxonomía de vulnerabilidad a la luz de Catriona Mackenzie, Sussan Dodds y Wendy Rogers y otros autores.....	24
Caso tipo.....	31
Una revisión al incumplimiento de la política pública y las fuentes de vulnerabilidad: Análisis de caso.....	35
Vivir como se quiere en la vejez.....	36
Vivir bien en la vejez.....	37
Vivir sin humillaciones en la vejez.....	38
Envejecer juntos y juntas.....	39
Factores de riesgo y oportunidades de intervención a partir de la vulnerabilidad disposicional.....	39
Estrategias que promueven la prevención del maltrato y violencia en la atención de una persona mayor con discapacidad cognitiva y física en un hogar geriátrico.....	48
Conclusiones.....	50
Referencias.....	51

## Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1 Dimensiones de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025 .....	22
Tabla 2 Factores de riesgo asociados a la vulnerabilidad disposicional .....	39

## Lista de figuras

Pág.

Figura 1 Análisis de Causa – efecto El Maltrato en instituciones geriátricas. 20

## Glosario

**Vejez:** Etapa de la vida caracterizada por el avance en la edad y el deterioro progresivo de las funciones físicas y mentales. Es un proceso natural que implica cambios en la salud, la capacidad funcional y la participación social de una persona. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.)

**Envejecimiento:** Proceso gradual y continuo de deterioro y cambio que ocurre a lo largo del tiempo en el organismo humano. Comprende diversos aspectos, como el físico, cognitivo, emocional y social, y puede variar en cada individuo. (Centro de Psicología Gerontológica – Cepsiger, 2000)

**Vulnerabilidad:** Estado de debilidad, susceptibilidad o exposición a daños, riesgos o dificultades. En el contexto del envejecimiento, se refiere a la fragilidad física, psicológica o social de las personas mayores, que las hace más propensas a sufrir maltrato, abuso o discriminación. (L., 2007)

## Resumen

El ensayo interpretativo que se presenta aborda el tema del maltrato a las personas mayores que residen en hogares geriátricos. A través de un caso tipo, se pretende establecer estrategias que promuevan el reconocimiento de la vulnerabilidad y la prevención del maltrato en este contexto. Para ello, se analiza la Política Pública Social para el Envejecimiento y Vejez en el Distrito Capital 2010-2025, tomando en consideración las fuentes de vulnerabilidad propuestas por Catriona Mackenzie, Sussan Dodds y Wendy Rogers.

Las autoras mencionadas abordan de manera profunda el concepto de vulnerabilidad en relación con la bioética y las políticas públicas. Sin embargo, se identifica una limitación en la política analizada, ya que no especifica cómo se implementarán las estrategias descritas ni considera de manera adecuada a las personas mayores que viven en hogares geriátricos. Además, no abarca todas las fuentes de vulnerabilidad, lo que dificulta la generación de intervenciones efectivas para reducir la tasa de maltrato en las personas mayores.

En este sentido, es necesario realizar un aporte a la política pública social mediante un análisis de la vulnerabilidad basado en las autoras mencionadas. Esto implica analizar los factores de riesgo, los riesgos que representan y las oportunidades de intervención. Dicha contribución resulta relevante tanto en el presente como en el futuro, debido al crecimiento continuo de la población clasificada como personas mayores y del maltrato en esta etapa del ciclo vital. **Palabras clave:** vulnerabilidad, vejez, política pública, hogares geriátricos, maltrato, bioética.

## Introducción

El enfoque del maltrato en personas mayores se ha convertido en una necesidad manifiesta en la realidad del mundo contemporáneo, teniendo en cuenta que se prevé la agudización de la problemática como consecuencia del proceso global de transición demográfica y envejecimiento poblacional. Este fenómeno conlleva importantes transformaciones en la sociedad. Por esta razón, resulta menester solventar las necesidades biológicas, psicológicas y sociales que se derivan del envejecimiento, evitando cualquier tipo de manifestación de violencia o maltrato en esta etapa del ciclo vital.

Se ha evidenciado que el maltrato en instituciones geriátricas, el 64,2% del personal refirió la comisión de alguna forma de maltrato durante el año 2017, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). Adicionalmente, se considera que las denuncias están sesgadas por un importante subregistro, pues tan solo el 20% de los casos es notificado; por dificultades en la denuncia por parte de la víctima, entre ellas, amenazas, represalias, tensiones familiares, temor al abandono, falta de conciencia sobre la gravedad de la situación, incapacidad por demencia, y la falta de información y en algunas ocasiones malas prácticas por parte de los profesionales de la salud que están implicados en este tipo de cuidados (Forero et al., 2019).

El maltrato en la persona mayor está reconocido en el contexto normativo y jurisprudencial en Colombia, como en la Política Pública para la Vejez 2010-2025, sin embargo, el maltrato ha pasado desapercibido en muchas ocasiones y es una situación que no se detiene, aún se encuentra maltrato, infantilización y paternalismo en las personas mayores, lo que permite entrever un vacío en la ejecución de dicha política, lo cual es documentado por la OMS (2017) en un comunicado del año 2017, donde reconoce un incremento en la incidencia del problema.

El problema del maltrato a la persona mayor en condición de discapacidad física y cognitiva se abordará en este trabajo a partir de un caso tipo, el cual será analizado a partir de la noción de vulnerabilidad propuesta por Mackenzie, Rogers y Dodds (2014) en articulación con las dimensiones de la Política Pública para el Envejecimiento y Vejez del Distrito Capital 2010 – 2025. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010)

Así las cosas, se planteó la pregunta, ¿cómo promover las cuatro dimensiones de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital, a partir del reconocimiento de la vulnerabilidad en la atención a las personas mayores en condición de discapacidad cognitiva y física en un hogar geriátrico en Bogotá?, por lo que el objetivo general que se trazó fue promover las cuatro dimensiones de la política pública social para el envejecimiento y la vejez en el distrito capital, a partir del reconocimiento de la vulnerabilidad en la atención a las personas mayores en condición de discapacidad cognitiva y física en un hogar geriátrico en Bogotá.

Para ello se describió, por un lado, cómo se manifiesta la vulnerabilidad en la atención de una persona mayor con discapacidad cognitiva y física en un hogar geriátrico en Bogotá, utilizando un caso tipo como referencia. Se buscaba comprender a fondo las dificultades y desafíos específicos que enfrenta esta población vulnerable; Por otro lado, las estrategias que promovieran el reconocimiento de la vulnerabilidad de la persona mayor con discapacidad cognitiva y física en la atención en un hogar geriátrico en Bogotá, utilizando nuevamente el caso tipo como unidad de análisis, donde se buscan formas de sensibilizar al personal y los familiares sobre las necesidades particulares de estas personas y fomentar un enfoque más empático y respetuoso hacia la

de la persona mayor; por último, en las estrategias para promover la prevención del maltrato y la violencia en la atención de una persona mayor con discapacidad cognitiva y física en un hogar geriátrico en Bogotá, basándose en la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital, con el fin de establecer medidas y protocolos que garantizaran un ambiente seguro y protegido para los residentes, evitando cualquier forma de abuso o maltrato.

Para lograrlo, se llevó a cabo un análisis que permitió comprender las diversas formas en que se manifiesta la vulnerabilidad en este contexto específico, considerando, tanto las teorías sobre la vulnerabilidad, como los lineamientos establecidos por la política pública vigente.

Al examinar detalladamente el caso tipo y aplicar el marco conceptual de la vulnerabilidad, se generan propuestas concretas y efectivas para prevenir y abordar el maltrato hacia las personas mayores en los hogares geriátricos de Bogotá. De esta manera, se espera realizar un aporte significativo a la política pública para mejorar las condiciones de vida y bienestar de esta población vulnerable, promoviendo su dignidad y respeto.

Finalmente, conviene detener por un momento la atención en las razones que justifican el desarrollo de una investigación con el alcance y propósito indicado resulta conveniente desde el punto de vista teórico, conceptual, práctico y metodológico. Desde el punto de vista teórico y conceptual posibilita la articulación de enfoques y nociones en función del análisis rigurosos de una problemática vigente y con tendencia a agudizarse; desde el punto de vista metodológico, implica la articulación de un compendio de instrumentos y herramientas en función del logro de los objetivos

propuestos: finalmente, desde el punto de vista práctico, contribuye a llenar el vacío de datos sobre el alcance del problema en las instituciones geriátricas, hospitales, residencias de ancianos y otros centros de atención crónica.

### **Caracterización del fenómeno del maltrato a la persona mayor: Una visión epidemiológica**

El envejecimiento como una variable en aumento tiene notables efectos demográficos y trae consigo importantes transformaciones en la sociedad. La población mundial de mayores de 60 años se duplicará, de 900 millones en 2015 a unos 2000 millones en 2050 (OMS, 2022); en Colombia, según las cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se estima que hay 6.808.641 personas mayores, donde 3.066.140 (45%) son hombres y 3.742.501 (55%) son mujeres; o lo que es lo mismo, el 51% son mujeres y el 49% son hombres. Tan solo 22.945 personas tienen más de 100 años; discriminados así: 8.521 son hombres y 14.424 son mujeres. El mismo informe indica que el 29,2% de las personas mayores residen en hogares de dos (2) personas, mientras que 14,2% de las personas mayores viven solas, es decir, el 18,06% en el total de la población (DANE, 2021). En el contexto de la ciudad de Bogotá, en las cifras presentadas por entidad territorial, se reportaron 1.001.912 personas mayores de 60 años, lo que corresponde al 15.4% de la población del Departamento de Cundinamarca y al 13.2% de la proporción de la población de la ciudad (Cubillos J., et al., 2020).

En una revisión de 52 estudios realizados en 28 países de diversas regiones, en 2017 y que comprendió un año, se determinó que 1 de cada 6 personas de 60 años o más, (15,7%) han experimentado alguna tipología de maltrato (Yon et al., 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre maltrato a personas mayores (2022) ha indicado que la prevalencia del maltrato a la persona mayor en Estados Unidos es del 10%, mientras que el Reino Unido oscila entre el 2% y el 6%: Por su parte, en Canadá, se presenta el 6%, y en España el 3%. Para Forero et al. (2019) en el contexto de América Latina y el Caribe, se han reportado 38.000 casos de violencia contra los ancianos por año, con una variabilidad en los porcentajes que oscila entre el 10% al 12%.

Conviene anotar que con los efectos de la propagación de la pandemia del COVID-19, especialmente el confinamiento que modificó los hábitos de vida de las personas y su relación con las personas mayores, se incrementaron los reportes y las tasas de maltrato a las personas de edad (CEPAL, 2020).

Una mirada al contexto colombiano muestra una situación no menos preocupante. Según el estudio Encuesta Nacional de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), el 12,9% de las personas mayores indicó haber sufrido algún episodio de maltrato, especialmente el psicológico, seguido del físico, el financiero y el sexual. Se evidenció mayor proporción de maltrato psicológico (12,3%), seguido de físico (3,4%), financiero (1,5%) y sexual (0,3%).

Adicionalmente, se considera que las denuncias están sesgadas por un importante subregistro, pues tan sólo el 20% de los casos es notificado, por dificultades en la denuncia por parte de la víctima, entre ellas, amenazas, represalias, tensiones familiares, temor al abandono, falta de conciencia sobre la gravedad de la situación, incapacidad por demencia, la falta de información y, en algunas ocasiones, malas prácticas por parte de los profesionales de la salud que están implicados en este tipo de cuidados (Forero et al., 2019).

El aumento en las cifras se puede evidenciar al revisar el estudio que, en el año 2017, realizó el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia y del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia, que muestra el aumento progresivo del número de lesiones no fatales reportadas contra personas mayores, con un incremento del 17,6%. Asimismo, se reportaron 27.538 exámenes médico legales relacionados con actos de violencia intrafamiliar, donde el 7,06% correspondía a violencia contra la persona mayor (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018). Para el año 2018, cifras del mismo Instituto indican que entre los meses de enero y mayo se registraron 893 denuncias por violencia contra la persona mayor, de los cuales, 485 correspondían a mujeres mayores de 60 años (Forero et al., 2019).

Una revisión de la problemática en relación con el contexto geográfico donde esta se localiza muestra una mayor proporción de todos los tipos de maltrato en la zona rural, a excepción del maltrato psicológico que se presenta con mayor frecuencia en las zonas urbanas. Asimismo, se evidencia maltrato psicológico con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos más bajos, por lo que se infiere una relación de la pobreza como factor de riesgo de este tipo de maltrato. Fue en el estrato 01 donde se registró maltrato físico y sexual, mientras que los estratos 05 y 06 fue más común el maltrato financiero. También se presentan variaciones según el grupo de edad (Forero et al., 2019).

En cuanto al maltrato en instituciones geriátricas, como problemática específica que ocupa la atención de este trabajo, según estudios recientes sobre este tipo de maltrato en las instituciones, se ha evidenciado que el 64,2% del personal refirió la comisión de alguna forma de maltrato durante el año inmediatamente anterior al de la realización del estudio; asimismo, durante el último año, una de cada seis

personas mayores de 60 años sufrió algún tipo de maltrato en los entornos comunitarios. (OMS, 2022)

Aunque los estudios son escasos y faltan datos para la identificación de variables relacionadas con el maltrato, los trabajos han concluido que los porcentajes de maltrato de la persona mayor en instituciones geriátricas, residencias de ancianos y centros de atención crónica son elevados y tienen tendencia a incrementarse, considerando que dos de cada tres trabajadores de estos centros refieren haber infligido algún tipo de maltrato en el último año (OMS, 2022).

El maltrato a la persona mayor en instituciones, en tanto problemática de salud pública, requiere también un tratamiento desde el punto de vista de la prevención, como una estrategia definida en el marco legal y en las políticas públicas previamente formuladas para el tratamiento del problema. Teniendo en cuenta que “el tema de maltrato en instituciones es un desafío de la sociedad y no sólo de las instituciones involucradas” (Adams, 2012, p.23).

La consolidación de un enfoque de prevención requiere la visibilización del problema, lo que sólo es posible con el desarrollo de investigaciones que posibiliten la caracterización la problemática del maltrato.

Aunque el enfoque de este trabajo se centra en el maltrato acaecido en instituciones geriátricas, es importante anotar que la mayor incidencia del fenómeno tiene lugar en el ámbito familiar. (Adams, 2012).

Una revisión preliminar de los trabajos e investigaciones relacionadas con el maltrato de personas mayores en hogares geriátricos muestra que estos son insuficientes y se requieren esfuerzos en este sentido. Sin embargo, sobresalen trabajos en los que también se evidencia el fenómeno del maltrato como un problema de salud pública. Tal es el caso del trabajo desarrollado por Sepúlveda G. (2009), en

una caracterización de la persona mayor en la localidad de Usaquén, un estudio descriptivo retrospectivo cuyo insumo fueron las denuncias de maltrato realizadas en la Comisaría Primaria de Familia de la Localidad de Usaquén y los expedientes de reportes de Maltrato al Adulto Mayor del año 2007. Esta información fue caracterizada en dimensiones socio demográfico, situación de salud y situación de violencia presentes en la persona mayor maltratado. “Según el tipo de maltrato, se encuentra que 51 casos (35,17%) son de maltrato psicológico, 30 casos (20,69%) en los cuales presenta simultáneamente maltrato Físico y Psicológico, 28 casos (19,31%) presentan como única forma de maltrato el tipo físico”. (Sepúlveda G., 2009, p. 6).

El estudio concluyó, según los relatos de denuncia, que el maltrato psicológico se materializa a través de gritos, malas palabras, amenazas, actitudes de rechazo y desprecio. Mientras que el maltrato físico se manifiesta con patadas, contusiones y empujones. En la persona mayor el maltrato converge con agresiones verbales, amenazas de abandono, amenazas de acusación, intimidación con gestos e infantilización. Siendo el maltrato hacia la mujer el más común (Sepúlveda G., 2009).

Según Rojas y Mendoza, para el año 2017, en la ciudad de Bogotá había 152 hogares geriátricos que, según la Secretaría de Integración Social, su razón social estriba en la prestación de servicios de atención integral a la persona mayor en lo referente a los servicios de alimentación, vivienda, atención médica, cuidado y actividades varias pero a pesar de las auditorias que se llevan a cabo y de la normatividad existente, todavía hay muchas falencias en cuanto al cumplimiento de ellas. Estos centros están ubicados principalmente en barrios como Normandía, Modelia, Santa Isabel, Pasadena y Puente Largo (Rojas & Mendoza, 2017).

El maltrato de la persona mayor se relaciona con aspectos de orden cultural, y se relaciona con una construcción en el imaginario donde la vejez y el envejecimiento

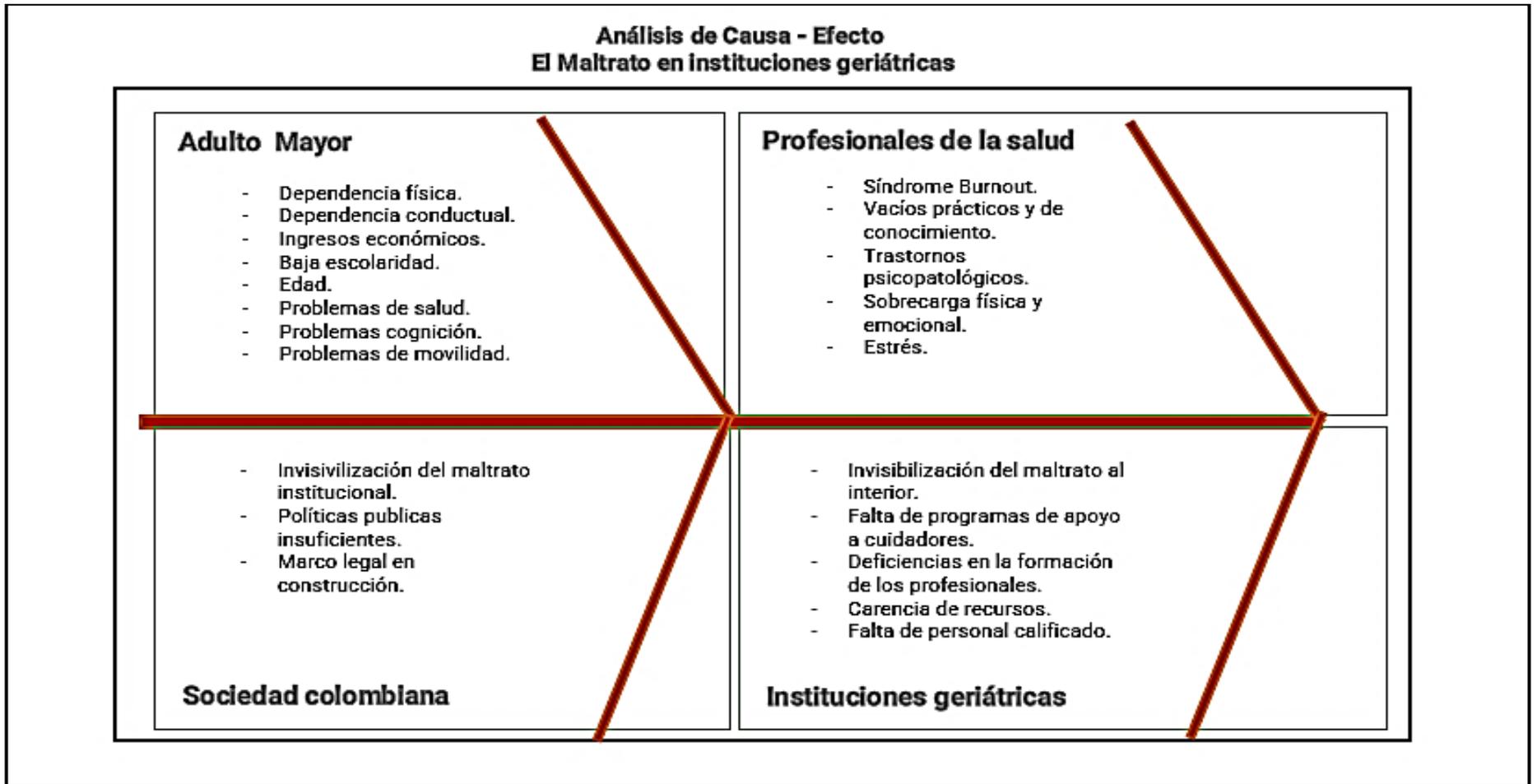
tienen una imagen negativa y estereotipada (edadismo). Resulta conveniente concientizar sobre la naturalidad implícita en este proceso humano. Las dificultades en la vejez deben solventarse mediante la constitución de redes de apoyo en función del bienestar de este grupo poblacional, siempre en consideración de las singularidades del contexto, pues el maltrato constituye un reflejo de las características culturales, sociales y familiares (Agudelo et al., 2018).

Los factores de riesgo son otro asunto fundamental, pues debe tenerse en cuenta que existen factores individuales que se relacionan con mayores probabilidades y riesgos de sufrir maltrato, entre ellos, la dependencia funcional o presencia de discapacidades, la mala salud física o mental, el deterioro cognitivo y la escasez de ingresos. También hay factores que incrementan el riesgo de maltratar a las personas de edad, como lo son: las enfermedades mentales, el abuso de sustancias y la dependencia, a menudo económica, que puede tenerse con la víctima (OMS, 2022).

En la siguiente ilustración se presenta un análisis de causas y efectos en términos de la materialización del maltrato de la persona mayor en instituciones geriátricas.



Análisis de Causa – efecto El Maltrato en instituciones geriátricas



Fuente: (Adams, 2012)

## **Revisión breve de la Política Pública Social de Envejecimiento y Vejez en el Distrito Capital 2010- 2025**

*La Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital en el periodo 2010-2025* se desarrolló en respuesta a las nuevas dinámicas y transformaciones en las estructuras sociales, reconociendo las implicaciones de una población en constante envejecimiento y su crecimiento acelerado y sostenido (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010). En esta política se analizan los antecedentes a nivel internacional, nacional y distrital y el marco legal, desde una perspectiva de género y problemáticas específicas como desplazamiento forzado, prostitución y habitabilidad en calle.

Además del análisis de antecedentes, se llevaron a cabo talleres con personas de diferentes ciclos de vida y estratos socioeconómicos. Estos talleres permitieron identificar problemáticas que habían sido invisibilizadas, lo cual fue fundamental para construir una política pública lo más precisa posible. La Corte Constitucional, por vía jurisprudencial establece tres lineamientos claros con relación a la Dignidad Humana (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010):

- (I) La dignidad humana se entiende como la autonomía y la capacidad de diseñar un plan de vida y tomar decisiones de acuerdo con las propias características (Vivir como se quiere).
- (II) La dignidad humana se entiende como el conjunto de condiciones materiales concretas necesarias para una existencia digna (Vivir bien).

(III) La dignidad humana se entiende como la protección de los bienes no patrimoniales, la integridad física y moral, evitando situaciones de humillación (Vivir sin humillaciones).

En esos términos, la presente Política Pública y Social está construida para garantizar que las personas mayores puedan: (I) Vivir como se quiere en la vejez (II) Vivir bien en la vejez (III) Vivir sin humillaciones en la vejez y (IV) Envejecer juntos y juntas, lo cual está denominado como dimensiones en la siguiente tabla:

**Tabla 1**

*Dimensiones de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez*

VALOR Y PRINCIPIOS	DIMENSIONES	EJES	LÍNEAS
DIGNIDAD HUMANA IGUALDAD – DIVERSIDAD - EQUIDAD	<b>VIVIR COMO SE QUIERE EN LA VEJEZ</b> Reconoce y potencia la autonomía y la libertad individual en la construcción de proyectos de vida de las personas mayores; implica la capacidad de elegir y tomar decisiones frente a las situaciones que se presentan cotidianamente, marca el curso de las estrategias y acciones dirigidas a la garantía de la autonomía y la participación de las personas mayores.	DECIDIENDO Y VIVIENDO A MI MANERA	Libre desarrollo de la personalidad Libertad de conciencia, religiosa y de culto
	<b>VIVIR BIEN EN LA VEJEZ</b> Es la dimensión patrimonial de la dignidad humana, hace referencia a las condiciones materiales de existencia de las personas mayores; permite gozar de un real y efectivo acceso, calidad, permanencia y disfrute de bienes y servicios que permita vivir bien y en sociedad teniendo en cuenta las condiciones y diversidades presentes en la vejez.	CONSTRUYENDO EL BIEN COMÚN	Información, comunicación y conocimiento Participación
		TECHO, COMIDA Y SUSTENTO	Seguridad económica Trabajo Vivienda Alimentación y nutrición
	<b>VIVIR SIN HUMILLACIONES EN LA VEJEZ</b> Es la expresión de la intangibilidad de ciertos bienes no patrimoniales, como la integridad física, psicológica y moral de las personas mayores; implica reconocer y respetar por parte de la familia, la sociedad y el Estado, el valor y lugar que deben tener las personas mayores, restituyendo y garantizando su integridad cuando ésta ha sido vulnerada.	SERES SALUDABLES Y ACTIVOS	Salud Educación Cultura Recreación y deporte
		ENTORNO SANO Y FAVORABLE	Ambiente sano Movilidad
	<b>ENVEJECER JUNTOS Y JUNTAS</b> Reconoce y visibiliza el envejecimiento como un proceso natural, diverso y continuo, relacionando y poniendo a dialogar la vejez con los demás momentos del ciclo vital con el fin de transformar los imaginarios y prácticas adversas y discriminatorias, implantando la cultura del envejecimiento activo que fortalezca valores, saberes y prácticas de las personas mayores de hoy y del futuro.	RESPETÁNDONOS Y QUERIÉNDONOS	Seguridad e integridad
		CUIDÁNDOME Y CUIDÁNDONOS	Acceso a la justicia Protección y cuidado
		ESCUCHANDO NUESTROS SABERES	Responsabilidad intergeneracional Vínculos y relaciones familiares
		APRENDIENDO A ENVEJECER	Plan de vida Gestión a la investigación
		CAMBIANDO PARA MEJORAR	Imágenes del envejecimiento Formación a cuidadores y cuidadoras

Nota: tomada de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025, Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010, p. 65

([https://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2014\\_politicas\\_publicas/pol%C3%ADtica\\_publica\\_para\\_el\\_envejecimiento\\_y\\_la\\_vejez.pdf](https://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2014_politicas_publicas/pol%C3%ADtica_publica_para_el_envejecimiento_y_la_vejez.pdf))

## **Taxonomía de vulnerabilidad a la luz de Catriona Mackenzie, Sussan Dodds y Wendy Rogers y otros autores**

A pesar de la implementación de la política, persiste el fenómeno del maltrato invisibilizado, es decir, siguen personas de la tercera edad como habitantes de calle o maltratados en sus casas por parte de sus hijos, nietos o nueras o maltratados en los hogares geriátricos. Según datos de Medicina Legal de Colombia (2022), en el 2021 el maltrato tanto físico como verbal a las personas mayores se incrementó en un 28%, por lo tanto, el presente trabajo propone una visión desde la vulnerabilidad de Catriona Mackenzie, Wendy Rogers, Susan Dodds (2014) con el fin de identificar los contextos de vulnerabilidad que se deben abordar desde las dimensiones, ejes y líneas de acción de la Política Pública.

Según Mackenzie, Rogers & Dodds (2014) la vulnerabilidad es una condición humana, pues estamos expuestos al sufrimiento, a las heridas, a la enfermedad, a la muerte y estamos en constante dependencia de otros, pues nuestra existencia depende de las relaciones con los demás, incluidas las relaciones de cuidado; sin embargo, hay tres fuentes de vulnerabilidad, dentro de las que se encuentran la inherente, la situacional y la patógena, y dos estados diferentes de vulnerabilidad, la disposicional y ocurrente.

La vulnerabilidad inherente, entendida como biológica, somática o corporal, se refiere a nuestras necesidades fundamentales como seres humanos, como la alimentación, el sueño, la hidratación y la necesidad de afecto, entre otras. Por otro lado, la vulnerabilidad situacional se relaciona con los factores personales, sociales, políticos, económicos o ambientales que afectan a los individuos o grupos sociales, como los desastres naturales. Sin embargo, dentro de este tipo de vulnerabilidad, encontramos la vulnerabilidad patógena, que mina la autonomía y exacerba la

sensación de impotencia. Esta forma de vulnerabilidad se origina por diversos factores, como la falta de satisfacción de las necesidades básicas que afecta especialmente a las personas mayores.

En este contexto es relevante describir el fenómeno del edadismo, como la asignación de estereotipos y etiquetas relativas a la edad avanzada. . Estas etiquetas pueden generar estigmatización, discriminación y actitudes paternalistas en las políticas públicas. Es fundamental reconocer y abordar este tipo de discriminación para promover la igualdad de oportunidades y garantizar el respeto a la dignidad y autonomía de las personas mayores en el marco de las políticas sociales. Por otro lado, y con relación a las políticas públicas, la filósofa feminista Rosemarie Tong, (como fue citada en Mackenzie, Rogers y Dodds, 2014) aborda la cuestión de quién tiene la responsabilidad de responder a la vulnerabilidad de las personas mayores y sus necesidades de cuidado, si la familia, el estado o ambos, en tres contextos: el hogar, residencias de vivienda asistida y hogares de ancianos. Smiley (1992) propuso que las políticas públicas deben cumplir varios criterios para no caer en el paternalismo: “contar con el apoyo de los ciudadanos, deben aplicarse a todos los ciudadanos, deben crear las condiciones para el ejercicio de la libertad individual y los funcionarios deben rendir cuentas públicamente” (p.70).

Los contextos donde se dan las vulnerabilidades son distintos, por ejemplo, existen las vulnerabilidades sociales y médicas, las cuales son distintas, pero, a menudo, coexisten y se combinan entre sí a través de interrelaciones complejas, pues la presencia de mala salud puede exacerbar la vulnerabilidad social en relación con el apoyo a los ingresos, el acceso a la atención médica y la necesidad de atención (Mackenzie, Rogers & Dodds, 2014).

La vulnerabilidad patógena también puede surgir cuando una respuesta destinada a mejorar la vulnerabilidad tiene el efecto paradójico de exacerbar las vulnerabilidades existentes o generar otras nuevas. Por ejemplo, las personas con discapacidades cognitivas, que son vulnerables debido a sus necesidades de cuidado, son por lo tanto susceptibles a formas patogénicas de vulnerabilidad, como el abuso sexual por parte de sus cuidadores. Asimismo, la vulnerabilidad patógena puede resultar cuando las intervenciones de política social dirigidas a mejorar la vulnerabilidad inherente o situacional tienen el efecto contradictorio de aumentar la vulnerabilidad. Una característica clave de la vulnerabilidad patógena es la forma en que socava la autonomía o exacerba la sensación de impotencia engendrada por la vulnerabilidad (Mackenzie, Rogers & Dodds, 2014).

De igual forma, en la vejez, se es vulnerable porque se empieza a desconocer el mundo y perdiendo progresivamente funciones cognitivas y funcionales incrementando el nivel de dependencia poco a poco, y entre más dependencia, más se aleja la familia, quedando en soledad viendo como la vida empieza a acabarse y se siente la necesidad del afecto de otros, lo cual exacerba la vulnerabilidad aún más que las enfermedades físicas en sí mismas. Sin embargo, este cuidado implica una sobrecarga, por lo que muchas familias contratan cuidadores que, con suerte, cumplan su labor con integridad y pericia.

Por estos motivos, se hace necesario el apoyo del estado y dejar de lado el pensamiento de que la persona mayor ya no importa porque la hora de su muerte se acerca, pues mientras esa hora llega, se debe garantizar una calidad de vida a las personas mayores, lo cual es difícil si solo la familia se hace cargo, pues deben sacrificar los ahorros o su sueldo e incluso los planes de vida para cuidar a sus miembros mayores; “la atención a la vulnerabilidad puede brindarnos herramientas

analíticas para examinar los daños potenciales en las políticas de salud. Por ejemplo, el concepto de vulnerabilidad patógena puede ser útil para evaluar los efectos de las políticas de salud” (Rogers, Mackenzie & Dodds, 2012, p.81).

La vulnerabilidad patógena se refiere a las formas en que las intervenciones, como las políticas de salud, pueden agravar o crear vulnerabilidad<sup>22</sup>; al igual que las teóricas feministas, como Virginia Held (1987) y Eva Kittay (1999), quienes describen las relaciones entre dependencia y la ética del cuidado con el significado normativo de la vulnerabilidad y su importancia para la teoría moral y política, un tema retomado posteriormente en el trabajo de Alasdair MacIntyre (1999) y Martha Nussbaum (2006), por lo que se hace énfasis en que las oportunidades de intervención deben fomentar la autonomía y el desarrollo de capacidades.

Alasdair MacIntyre (1999) reflexiona sobre la importancia de reconocer la vulnerabilidad inherente a la condición humana, incluyendo la vejez. Argumenta que la dependencia y la fragilidad son parte integral de nuestra existencia, y que debemos abordar estas realidades de manera ética y compasiva. MacIntyre sostiene que la sociedad debe asumir la responsabilidad de cuidar y apoyar a las personas mayores, reconociendo su dignidad y valor como seres humanos.

Por su parte, Nussbaum (2006) ofrece una perspectiva más amplia sobre la bioética y la justicia social. Nussbaum desarrolla la teoría de las capacidades, que sostiene que todos los individuos tienen un conjunto básico de capacidades necesarias para llevar una vida digna. Esta perspectiva incluye a las personas mayores y reconoce la importancia de garantizar su dignidad, autonomía y bienestar en el contexto de la atención médica y la toma de decisiones bioéticas.

Por otro lado, Kottow (2011) señala la importancia de entender la vulnerabilidad como una dimensión esencial de la condición humana, que no debe ser reducida a

una simple categoría o etiqueta. Por este motivo, se requiere abordar la vulnerabilidad de manera integral, reconociendo sus múltiples dimensiones y factores, como la edad, la salud, la situación social y económica, entre otros. Asimismo, este autor se centra en la necesidad de promover una cultura de cuidado y protección hacia las personas vulnerables, que trascienda los límites de la atención médica y se extienda a todas las esferas de la sociedad, incluyendo la familia, la comunidad y las instituciones públicas y privadas.

Por su parte, Luna (2008) ha explorado la metáfora de las capas para comprender la complejidad y la multidimensionalidad de la vulnerabilidad en el ámbito de la bioética. La autora propone que la vulnerabilidad se puede entender como un conjunto de capas que se solapan y se interceptan, cada una de las cuales representa una dimensión específica de la vulnerabilidad.

La primera capa se refiere a la vulnerabilidad biológica, que está asociada a la fragilidad y a la susceptibilidad a enfermedades y discapacidades. La segunda capa se relaciona con la vulnerabilidad social, que se refiere a la situación de desventaja o marginación en la que se encuentran ciertos grupos de la sociedad, como los pobres, los migrantes o los indígenas.

La tercera capa se refiere a la vulnerabilidad política, en términos de barreras de acceso a los derechos y a la participación en la toma de decisiones. Por último, la cuarta capa se refiere a la vulnerabilidad epistémica, que se relaciona con la falta de acceso a la información y al conocimiento necesario para tomar decisiones informadas. Entretanto, la bioética debe tomar en cuenta estas diferentes capas de vulnerabilidad al analizar situaciones de riesgo y daño, y buscar soluciones integrales que respeten y promuevan la dignidad y los derechos de las personas vulnerables.

En contraste, Belén (2021) analizaron las distintas perspectivas y enfoques que se han utilizado para abordar el concepto de vulnerabilidad en el ámbito de la bioética. La revisión integradora se centró en la complejidad del concepto de vulnerabilidad y la necesidad de abordarlo de manera integral, considerando las múltiples dimensiones que lo conforman. De esta forma, los autores identificaron tres enfoques principales en torno a la vulnerabilidad: por capacidades, por relaciones sociales y por justicia. El primero se centra en la idea de que la vulnerabilidad es inherente a la condición humana y se relaciona con la capacidad limitada de las personas para controlar ciertos aspectos de su vida. El segundo destaca la importancia de las relaciones interpersonales y la influencia que estas tienen en la vulnerabilidad de las personas. Finalmente, el tercero se enfoca en la importancia de abordar las desigualdades estructurales que generan situaciones de vulnerabilidad en ciertos grupos de la sociedad.

Así las cosas, existen orientaciones para abordar la vulnerabilidad desde una perspectiva integral y multidimensional que tenga en cuenta las diferentes dimensiones que conforman esta compleja condición humana. Entretanto, para Fernández et al. (2021) la bioética debe enfocarse en la promoción del respeto y la protección de las personas vulnerables, reconociendo sus derechos y necesidades específicas y garantizando su participación en las decisiones que les afectan.

Otros aportes en la materia se encuentran con Osorio (2017), quien explora el concepto de vulnerabilidad en el contexto de la vejez, la cual entiende como un proceso de vida, no como una categoría homogénea, y reconoce la complejidad de las situaciones de vulnerabilidad que enfrentan las personas mayores. De esta forma, este autor identificó tres tipos de vulnerabilidad en la vejez: la biológica, entendida como la disminución de las capacidades físicas y cognitivas; la social, que se

relaciona con la exclusión y la discriminación que sufren las personas mayores, junto con la de tipo existencial, referida a la pérdida de sentido y significado en la vida. Para ello, implica adoptar un enfoque ético y epistémico que permita reconocer la diversidad y complejidad de las situaciones de vulnerabilidad en la vejez y que promueva la participación de las personas mayores en la toma de decisiones que les afectan.

Por último, Arroyo (2019) se encargó del análisis de la cuestión del deterioro cognitivo en las personas mayores y su relación con la vulnerabilidad y la discapacidad. Para ella, el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sin embargo, la edad avanzada es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo. Según la autora se debe diferenciar entre la vulnerabilidad y la discapacidad en el contexto del deterioro cognitivo en la vejez. La primera se entiende como la exposición a situaciones de riesgo, mientras que la segunda implica una limitación o restricción en la capacidad de realizar actividades de la vida diaria.

Por consiguiente, Arroyo (2019) argumenta que el deterioro cognitivo en la vejez puede llevar a situaciones de vulnerabilidad, pero no necesariamente a discapacidad. La autora hace hincapié sobre la importancia de considerar los derechos de las personas mayores con deterioro cognitivo y de adoptar un enfoque centrado en la persona, a partir del reconocimiento de la diversidad de las experiencias de las personas mayores, el reconocimiento de sus necesidades y preferencias en la atención y cuidado de la salud.

## Caso tipo

En Colombia el tema del maltrato en la persona mayor ha sido objeto de preocupación creciente en los últimos años. A pesar de que se han realizado algunas investigaciones y estudios sobre esta problemática, aún existe una necesidad de generar más evidencia y conocimiento al respecto. Sin embargo, es importante destacar que la investigación sobre el maltrato en la persona mayor en Bogotá y Colombia aún es limitada, lo que resalta la importancia de abordar este tema y generar un mayor entendimiento al respecto.

Con el fin de ilustrar y analizar de manera más concreta la problemática del maltrato en la persona mayor en hogares geriátricos de Bogotá, se presenta a continuación un caso tipo. Este caso no corresponde a una persona en particular, los nombres son ficticios y está basado en experiencias y lecturas sobre el tema. A través de este caso se explorarán las manifestaciones de vulnerabilidad, las estrategias para promover su reconocimiento y las medidas de prevención del maltrato y la violencia en la atención a las personas mayores con discapacidad cognitiva y física en hogares geriátricos de la ciudad. Este enfoque de caso tipo permite un análisis más detallado, la comprensión de las situaciones que enfrentan las personas mayores en condiciones de vulnerabilidad y proporciona un punto de partida para la generación de propuestas y estrategias de intervención.

El 9 de enero de 2015, Carlota Farias Cruz, de 18 años, decidió viajar a España para estudiar enfermería después de la muerte de su madre. Mientras tanto, en Bogotá, Francisco, el hermano de Carlota, un ingeniero de 23 años de edad, comenzó a evidenciar dificultades con el cuidado de su padre, Juan Pedro, de 85 años de edad, por lo que lo internó a un hogar geriátrico donde le garantizaron el bienestar y un día a la semana para visitarlo. Durante cuatro años, Carlota llamaba una vez por semana

a su padre, ya que era lo permitido por el hogar geriátrico, y Francisco, por su parte, visitaba a su padre cuando el hogar lo permitía.

En el año 2019, Carlota regresa de visita a Bogotá y se dirige a dicho hogar geriátrico para visitar a su padre; cuando llega, una auxiliar de enfermería le indica que hay días y horarios específicos de visitas, por lo que no logra verlo ese día y debe esperar cinco días más.

Al quinto día, Carlota asistió nuevamente al hogar geriátrico y logró ver a su padre, a las 8 de la mañana, Sin embargo, se percató de que estaba triste, visiblemente más delgado y con marcas de cuerdas en las muñecas. Preocupada por esta situación, decidió preguntarle a Susana, auxiliar de enfermería, sobre las marcas, el desánimo y la aparente desnutrición de su padre. La respuesta que recibió no fue satisfactoria: Susana respondió con indiferencia, diciendo que el señor Juan Pedro es un paciente difícil y que no pueden cumplir con todas sus peticiones debido a la falta de personal y recursos. Mencionó que a veces debían amarrarlo para evitar que se cayera, que su estado de ánimo era normal y que se negaba a comer, lo cual explicaría su delgadez.

Esta explicación no le convenció, por lo que solicitó hablar con el médico a cargo, pero se enteró de que estaría disponible hasta el 5 de febrero. Ante esta situación, consultó con la persona encargada del lugar para abordar sus preocupaciones y buscar una solución.

La señora Cordelia Camacho, quien es técnica en administración en salud, le informa que su padre padece de diabetes mellitus tipo 2, razón por la que presenta micciones frecuentes, fatiga, pérdida de peso, visión borrosa y una lenta cicatrización de heridas, pie diabético grado dos y enfermedad de Parkinson estadio 3, por lo que presenta trastornos de la marcha, desequilibrio, temblores, rigidez y lentitud en los

movimientos, por lo tanto, el riesgo de caída es alto, su dieta es complicada, no le gusta y por eso no se la come y su ánimo permanece así desde que ingreso al hogar.

Antes de marcharse, decidió visitar el cuarto donde su padre, el señor Juan Pedro, dormía, tratando de no llamar la atención de las enfermeras. Sin embargo, se encontró con una escena desoladora. El cuarto estaba sumido en la oscuridad, apenas iluminado por una pequeña ventana rota. La cama estaba desordenada y las sábanas sucias. El colchón se encontraba roto y había cuerdas amarradas en las cuatro esquinas. Una palangana rebosante de orina y un olor nauseabundo invadían el ambiente. Impactada por lo que presencié, tomé la decisión inmediata de llevarse a su padre de ese lugar y llevarlo de regreso a casa. Al día siguiente, al ayudarlo bañar y arreglar, noté las úlceras por presión grado 3 que tenía en región sacra, úlceras por presión grado 2 en tobillos y rodillas adicional a la úlcera propia del pie diabético grado 2, marcas de cuerdas en los tobillos y moretones en la espalda.

Al preguntarle al señor Juan Pedro por qué tiene todas esas lesiones, dice que tiene recuerdos vagos en los que lo insultan, se recuerda casi siempre en la cama sin poder moverse a algún lado. También menciona que ha manifestado su deseo de salir del lugar por unas horas, como ir a un parque o asistir a la misa de las 6 pm, actividades que solía disfrutar en el pasado. Además, menciona la necesidad de llamar a sus hijos por teléfono para no sentirse tan solo y participar en actividades que lo distraigan, como ver una película o jugar juegos de mesa, pero nunca se le ha permitido. Carlota, consternada, le pregunta a su hermano porque no se percató de la situación de su padre a lo que responde que cuando lo visitaba y le preguntaba al personal de salud sobre el estado de su padre, le referían que todo era normal por sus patologías. Refiere también que cuando decidió internar a su padre en ese hogar le mostraron habitaciones y espacios confortables, por lo que no dudó en dejarlo allí,

ya que por su trabajo no podía cuidarlo adecuadamente, sin embargo, lo visitaba una vez por semana, ya que el hogar tenía limitado el horario de visita para que sólo fuera una hora una vez a la semana.

**Una revisión al incumplimiento de la política pública y las múltiples  
dimensiones de vulnerabilidad: análisis de caso**

En este relato se pueden evidenciar las cuatro dimensiones de la Política Pública (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010) incumplidas y la presencia de los distintos tipos de vulnerabilidad descritos por Mackenzie, Rogers y Dodds (2014). A continuación, se detallan las dimensiones:

### **Vivir como se quiere en la vejez**

Esta dimensión se encuentra relacionada con la vulnerabilidad situacional, patogénica y disposicional. Por un lado, en el lugar donde se encuentra hay ciertas reglas y condiciones que limitan su libertad, una situación que no tendría si no estuviera fuera de su casa con sus hijos, sin embargo, debido a su naturaleza frágil por su edad y sus patologías, requiere de cuidados que no podían ofrecerle en casa, lo cual se relaciona con la vulnerabilidad inherente por la etapa del ciclo vital en la que se encuentra; por otro lado, las limitaciones para hablar con sus hijos, para ejercer su libertad de culto podrían generar efectos a largo plazo, como trastornos emocionales, lo cual representa una expresión de la vulnerabilidad patogénica.

En esta dimensión, la política pública tiene como argumento que para garantizar el vivir como se quiere en la vejez, se debe permitir el desarrollo libre de la personalidad, conciencia religiosa y de culto, libertad de hacer o no hacer lo que considere pertinente, ejerciendo así su autonomía, lo que claramente se ha vulnerado en el caso del señor Juan, al no permitirle salir, ir a la iglesia ni realizar actividades lúdicas.

### **Vivir bien en la vejez**

En esta dimensión se evidencia que el señor Juan Pedro no tiene condiciones de vivienda adecuadas ni un ambiente sano, sin derecho a la movilidad ni a la

recreación, por lo que se determina la existencia de la vulnerabilidad patogénica al poner en riesgo la salud con factores ambientales deplorables.

A la luz de la política pública (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010) se determina el derecho a la vivienda digna según la sentencia T-585 de 2006, y se describen varios aspectos de lo que se considera vivienda digna que, para efectos del caso, aplica el número uno: habitabilidad o requisitos mínimos de higiene, calidad y espacios necesarios para que una persona y su núcleo familiar puedan ocuparla sin ninguna clase de peligro para la integridad física y su salud.

Por otro lado, para esta misma dimensión se menciona la obligación alimentaria consignada en el artículo 413 del Código Civil Colombiano (CCC) *Ley 57 de 1887*, orientada a satisfacer las condiciones necesarias que garanticen la subsistencia de la persona en condiciones de dignidad humana, lo mismo que posibiliten su desarrollo integral. Señala también el derecho a la recreación que se encuentra previsto en el artículo 52 constitucional, según el cual:

Es necesario para el desarrollo integral de las personas mayores, ya que permite desarrollar el cuerpo, la mente y el espíritu positivamente, toda vez que es fundamental para pensar de manera alegre y creativa todos los aspectos de la vida en sociedad, pues, conlleva a tener una sensación de placer y a usar en debida forma la capacidad física, psicológica, espiritual y social. Para lo que se mencionan tres ejes: eje 3: Techo, comida y sustento; eje 4: Seres saludables y activos y eje 5: Entorno sano y favorable, lo que está completamente ausente en el caso del señor Juan (CCC, *Ley 57 de 1887*).

### **Vivir sin humillaciones en la vejez**

La vulnerabilidad de la dimensión "Vivir sin humillaciones" en el caso del señor Juan Pedro se enfoca en la falta de digna subsistencia, integridad física, tranquilidad,

paz y el acceso a la justicia, debido a sus limitaciones físicas y mentales, lo que prolonga el abuso y dificulta la búsqueda de soluciones legales, lo cual está en relación con la vulnerabilidad situacional, ya que se puede argumentar que el señor Juan Pedro se encuentra en una situación de desventaja debido a su dependencia de otros para satisfacer sus necesidades básicas y proteger sus derechos. Esta dependencia lo expone a un mayor riesgo de sufrir vulnerabilidad patógena por parte de quienes tienen la responsabilidad de cuidarlo.,

Además, se puede considerar la vulnerabilidad disposicional, que se refiere a las características personales del individuo que aumentan su susceptibilidad a ser maltratado. En el caso del señor Juan Pedro, su estado de fragilidad física y su deterioro cognitivo pueden generar vulnerabilidad patógena.

Por último, las humillaciones y dificultades que puede tener para comunicarse y defenderse son especialmente relevantes en este caso, ya que se refiere a la falta de respeto, el trato degradante y las situaciones que socavan la autonomía y generan sentimientos de impotencia. En este sentido, las humillaciones que experimenta el señor Juan Pedro pueden ser consideradas como manifestaciones de vulnerabilidad patogénica, donde se violan sus derechos y se le niega la posibilidad de vivir sin ser objeto de maltrato.

En la política pública (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010) se describe esta dimensión como el derecho que se tiene a vivir tranquilamente, sin manifestaciones de violencia física, psicológica ni sexual hacia las personas mayores, para lo que establece dos ejes:

- eje 6: 6: Respetándonos y queriéndonos: este eje se basa en el reconocimiento, respeto y buen trato que todas las personas sin distinción alguno deben tener hacia la persona mayor y

- el eje 7: Cuidándome y cuidándonos: derecho a la protección y restablecimiento de los derechos de las personas mayores a quienes se les ha vulnerado su integridad física, psicológica y moral

### **Envejecer juntos y juntas**

Esta dimensión se encuentra afectada por la relación lejana con su hija menor y su relación distante con su hijo mayor, quien lo internó en el hogar geriátrico y no lo volvió a ver con la justificación de no tener tiempo y restricciones de horarios de visita por parte del hogar, adicional a la negativa para el uso del teléfono, lo que deja entrever una vulnerabilidad situacional que podría desencadenar sentimientos de abandono, aislamiento social y depresión.

En la política pública mencionada (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010) esta dimensión reconoce y visibiliza el envejecimiento como un proceso natural, continuo y diverso, y está conformada por tres ejes:

- Eje 8: Escuchando nuestros saberes: Este eje se centra en la necesidad de mejorar la comunicación e interacción entre los diferentes momentos del ciclo vital con el fin de comprender y visibilizar las capacidades de las personas mayores y de cada momento del ciclo; se organiza en las siguientes líneas: - Responsabilidad intergeneracional - Vínculos y relaciones familiares
- Eje 9: Aprendiendo a envejecer: Este eje resalta la importancia de proyectar la vejez como parte del envejecimiento activo. Está conformado por las siguientes dos líneas: - Plan de vida - Gestión a la investigación
- Eje 10: Cambiando para mejorar: Este eje contempla la necesidad de transformar las representaciones sociales, los imaginarios y acciones adversas y discriminatorias en torno a la vejez (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010).

Lo cual no es visible en el caso del señor Juan Pedro.

## Factores de riesgo y oportunidades de intervención a partir de la vulnerabilidad disposicional

La tabla 2 presenta los factores de riesgo asociados a la vulnerabilidad disposicional y los riesgos que se generan como resultado. También se incluyen las oportunidades de intervención que pueden ayudar a mitigar estos riesgos y promover un mayor bienestar para las personas en situación de vulnerabilidad, teniendo en cuenta que, para las autoras, la principal característica de las oportunidades de intervención es fomentar, en lo posible, la autonomía y el desarrollo de capacidades relevantes.

**Tabla 2**

*Factores de riesgo asociados a la vulnerabilidad disposicional e incidental*

FACTORES DE RIESGO	RIESGO	OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN (Ética de la protección)
Ánimo triste	Baja ingesta de alimentos, Depresión.	Evaluación médica verificando el control de patologías adecuadamente y evaluación psicológica para la identificación de situaciones estresantes, sesiones de terapia familiar.
	Aislamiento social	
	Problemas de sueño	
	Problemas de salud física: ya que se puede afectar el sistema inmunológico y aumentar el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y la enfermedad cardíaca.	
Delgadez extrema	Ansiedad, Sarcopenia, aumentando el riesgo de caídas y lesiones.	Verificar la higiene del sueño (rutina, entorno propicio, temperatura, colchón y almohada cómodos, uso del cuarto sólo para dormir)
	Fragilidad ósea	
	Bajo nivel de energía: puede aumentar la fatiga y disminuir la capacidad para realizar actividades cotidianas.	Terapia de fonoaudiología, terapia física y terapia ocupacional, asistencia en la alimentación con previa valoración por nutrición
	Problemas cognitivos: La falta de nutrientes puede afectar el	Controles de niveles de vitamina D, exposición al sol en determinados horarios
		Evaluación médica para evaluar la necesidad de administrar medicamentos que

	funcionamiento cognitivo y la memoria.	mejoren la densidad ósea y definir si existen patologías cardíacas
	Problemas cardíacos	Terapia física, ocupacional y de deglución para desarrollar un programa de ejercicios adaptado a las necesidades individuales que permitan el fortalecimiento muscular y así promover su autonomía
Pie diabético	Infecciones Amputación, lo que puede tener un efecto devastador en la calidad de vida y aumentar el riesgo de mortalidad.  Dolor y malestar pueden afectar la capacidad para realizar actividades cotidianas y reducir su calidad de vida.  Problemas de movilidad	Valoración por nutrición para establecer plan de alimentación saludable.  Supervisar y ayudar durante el lavado y secado de los pies diariamente, inspeccionarlos en busca de heridas o lesiones, mantener las uñas recortadas y utilizar calzado adecuado y cómodo. Evitar caminar descalzo y proteger los pies de la exposición a temperaturas extremas.  educación sobre el cuidado del pie diabético, incluyendo la importancia del control de la glucosa en sangre, la prevención de lesiones, el cuidado adecuado de los pies  Valoración médica para realizar escala de dolor y generar tratamiento.
Diabetes	Problemas de circulación: La diabetes puede dañar los vasos sanguíneos y reducir el flujo sanguíneo  Problemas de visión  Problemas de riñón: La diabetes puede dañar los riñones y reducir su capacidad para filtrar y eliminar los desechos del cuerpo.  Problemas de pie diabético: infecciones, llagas o problemas de circulación.  Problemas de salud mental: puede aumentar el riesgo de depresión y ansiedad.	Brindar educación sobre su enfermedad  Fomentar la actividad física  Brindar educación sobre la importancia de la buena alimentación, del manejo de los medicamentos y de la toma de glucometría periódicamente

Enfermedad de Parkinson	Coma diabético	
	Problemas motores temblores, rigidez muscular y dificultad para caminar.	Terapia física para entrenamiento de marcha, técnicas de relajación muscular y ejercicios específicos para abordar los síntomas motores de la enfermedad.
	Problemas de equilibrio: lo que aumenta el riesgo de caídas y lesiones.	
	Problemas de habla y deglución, lo que puede llevar a problemas de nutrición y deshidratación.	Terapia ocupacional para desarrollar estrategias y adaptaciones que faciliten la realización de actividades de la vida diaria, como vestirse, comer y bañarse.
Baja ingesta de alimentos	Problemas de salud mental: puede aumentar el riesgo de depresión y ansiedad.	Terapia de lenguaje para fortalecer los músculos faciales y de la garganta, así como estrategias para mejorar la articulación y la comunicación.
	Problemas cognitivos: puede llevar a problemas de memoria y atención.	
	Pérdida de peso, lo que lleva a tener debilidad, fatiga y aumento del riesgo de caídas.	Brindar suplemento nutricional
	Debilidad muscular	Modifica la textura de los alimentos
	Problemas de inmunidad	Terapia psicológica para identificar y abordar posibles barreras emocionales o psicológicas que puedan estar afectando la ingesta de alimentos
	Problemas cognitivos: problemas de memoria y atención.	Terapia de deglución
Úlceras por presión	Úlceras por presión,	Valoración médica para tratar adecuadamente síntomas motores, como la rigidez muscular y la disquinesia
	Dolor y malestar	Cambios de posición cada dos horas
	Infecciones: si no se tratan adecuadamente	Hidratación de la piel Uso de colchón anti escaras y cojines de posicionamiento
	Retraso en la curación de heridas	Ejercicios de movilidad, fortalecimiento muscular y técnicas de estiramiento
	Pérdida de tejido	mejorar la higiene del paciente, de la ropa y de la habitación y demás espacios por donde circule el paciente
Riesgo de caída	Disminución de la movilidad	Estimular el funcionamiento cognitivo y brindar apoyo emocional puede ayudar a mantener la autonomía y la motivación para realizar actividades de autocuidado.
	Lesiones físicas: fracturas óseas, contusiones, esguinces y cortes.	ejercicios de fortalecimiento muscular, ejercicios de equilibrio y entrenamiento de la

	Dolor y malestar	marcha para mejorar la estabilidad
	Miedo a caer nuevamente	Evaluar la necesidad de utilizar ayudas para la movilidad, como bastones, andadores o sillas de
	Aislamiento social: por sensación de inseguridad	ruedas, para proporcionar un soporte adicional y aumentar la seguridad al desplazarse
	Disminución de la movilidad	Realizar modificaciones en el entorno, como eliminar obstáculos, mejorar la iluminación, colocar barras de apoyo en áreas clave (como el baño) y utilizar superficies antideslizantes en el suelo.
		Dar indicaciones constantes de caminar despacio y con pasos cortos, utilizar apoyos para mantener el equilibrio, evitar giros bruscos, utilizar calzado adecuado y tener cuidado al levantarse de la cama o una silla.
		Brindar terapia psicológica para el manejo del miedo y la ansiedad.
Falta de higiene e iluminación en el cuarto	Problemas de salud: riesgo de enfermedades respiratorias, infecciones y alergias.	organización y eliminación de desorden, la limpieza regular de las superficies, la ventilación adecuada y la eliminación de posibles fuentes de contaminación
	Depresión	
	Deterioro cognitivo: problemas de memoria y concentración.	Instalación de luces más brillantes, la adición de lámparas de lectura o luces de noche,
	Dificultades para conciliar el sueño	
	Aislamiento social: Vivir en un ambiente oscuro y sucio puede hacer que se sienta aislado y menos propenso a participar en actividades sociales.	Instalación de purificadores de aire
Movilidad limitada por cuerdas	Dolor y lesiones como hematomas, lesiones en la piel o lesiones musculoesqueléticas.	Realizar las intervenciones descritas para el riesgo de caída ajustadas a las patologías del paciente con el fin de evitar la colocación de cuerdas que limiten la movilidad.
	Ansiedad y angustia: especialmente si no comprende por qué se encuentra en esa situación.	Brindar educación con demostraciones de técnicas de movilidad, terapia física y ocupacional, y estrategias para lidiar con los síntomas y complicaciones del Parkinson
	Agitación y comportamiento agresivo: al sentirse frustrados o enfadados al estar restringidos.	

	Insomnio y problemas de sueño	
Ignorado	<p>Pérdida de independencia</p> <p>Aislamiento social</p> <p>Falta de autoestima: puede sentir que no es importante, lo que puede afectar su autoestima y autoconfianza</p> <p>Dificultades cognitivas: La falta de estimulación social y cognitiva puede afectar el funcionamiento cognitivo y la memoria de las personas mayores. El aislamiento social puede aumentar el riesgo de problemas cognitivos como la demencia.</p>	<p>Explicar la importancia de comprender y reconocer los síntomas y las necesidades de la persona con Parkinson, así como el impacto que la falta de atención puede tener en su bienestar físico y emocional.</p> <p>Brindar un espacio seguro para que expresen sus preocupaciones, miedos o frustraciones, y proporcionar recursos para el manejo del estrés y el cuidado de sí mismos.</p>
Contacto familiar limitado por 4 años	<p>Depresión: puede llevar a una disminución de su apetito, fatiga y pérdida de interés en actividades que solía disfrutar.</p> <p>Ansiedad por no saber cómo está su familia o por qué lo han dejado allí.</p> <p>Aislamiento social</p> <p>Problemas de memoria y cognitivos: La falta de estimulación social y mental puede generar deterioro cognitivo</p> <p>Problemas físicos: la falta de apoyo emocional puede reducir su capacidad para recuperarse de enfermedades y lesiones.</p>	<p>Convocar reuniones familiares frecuentes o flexibilizar los horarios de visita</p> <p>Fomentar la participación de la persona con Parkinson en grupos de apoyo locales donde pueden interactuar con otras personas que tienen experiencias similares, compartir información, consejos y brindar apoyo mutuo.</p> <p>Facilitar el uso de tecnologías de comunicación disponibles, como aplicaciones de videollamadas</p>
Cero actividades recreativas	<p>Aislamiento social</p> <p>Falta de estimulación cognitiva: Las actividades lúdicas pueden ayudar a mantener la mente activa y aguda</p> <p>Pérdida de habilidades motoras: lo que puede aumentar el riesgo de caídas y lesiones.</p>	<p>Proporcionar información sobre cómo adaptar las actividades recreativas para permitir la participación segura y beneficiosa de la persona con Parkinson.</p>
Cero actividades religiosas	<p>Aislamiento espiritual</p> <p>sensación de desconexión de su fe y de la comunidad de la</p>	<p>Proporcionar acceso a materiales religiosos, como libros sagrados o grabaciones</p>

iglesia, lo que puede aumentar su sensación de soledad.	de servicios religiosos, y ofrecer momentos de conversación y reflexión personal con un miembro del personal capacitado.
Dificultad para encontrar sentido de propósito	
Disminución de la esperanza y la motivación.	Apoyar y fomentar la expresión individual de la espiritualidad a través de actividades como la escritura, la meditación, la música, el arte o la jardinería, lo que puede proporcionar un sentido de propósito
Sentimientos de culpa: por no cumplir con sus obligaciones religiosas.	

Fuente: Elaboración propia, con base en Manual de la enfermería (Baily Raffensperger Ellen), psicoterapia en la vejez (Hernández Z, 2005), González E., et al. La higiene del sueño (2015), Chica S., et al. Tratamiento de la deglución en adultos (2020), Rodríguez O. et. al. Eficacia de la fisioterapia en la enfermedad de Parkinson (2003), Shea A., et al. Vitamina D para la práctica diaria (2020), Vargas y Barrios, Tratamiento de la enfermedad de Parkinson temprana (2019), Baladia E., et. al. Sumario de recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con enfermedad de Parkinson (2016), Tizon E., et. al., Cuidados del pie diabético (2014), Morales A., et al., Percepción de las relaciones familiares y nivel de resiliencia en el adulto mayor: un estudio descriptivo-comparativo (2021), Carmona y Ribeiro, Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento (2010), Azkoitia J., et al., Envejecimiento y nuevas tecnologías (2007), Kaplan y Berkman, Religión y espiritualidad en los ancianos (2021), Tomala J., beneficios de las actividades lúdicas en adultos mayores (2020) y Mackenzie, Rogers & Dodds (2014)

Como complemento a la tabla 2 se realiza la caracterización del síndrome de fragilidad el cual es un estado de salud complejo y multifactorial que afecta principalmente a los adultos mayores. Se manifiesta por una disminución de la

capacidad de adaptación del organismo frente a situaciones de estrés o cambios ambientales. Las características principales son:

**Debilidad muscular:** Los músculos pierden fuerza y masa, lo que dificulta la realización de actividades cotidianas.

**Pérdida de la resistencia:** Lo que se traduce en una fatiga más rápida y una menor capacidad para realizar actividades físicas.

**Disminución de la velocidad de marcha:** caminan más lentamente y presentan dificultades para mantener el equilibrio.

**Inestabilidad y riesgo de caídas:** La fragilidad se asocia con un mayor riesgo de caídas debido a la debilidad muscular, la disminución de la agilidad y el equilibrio comprometido.

**Pérdida de peso involuntaria:** Muchas personas con fragilidad experimentan pérdida de peso por disminución del apetito y cambios en el metabolismo.

**Vulnerabilidad a enfermedades y complicaciones:** Los individuos frágiles son más propensos a contraer infecciones, lesiones y problemas de salud crónicos.

**Cambios cognitivos:** la fragilidad se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia. (Romero Á. 2010).

El problema del maltrato a las personas de la tercera edad no es ajeno para el Estado colombiano, ya que por medio de la Ley 2055 de 2020 se ha adherido a lo dispuesto en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores, celebrada en Washington D.C, el 15 de junio de 2015. El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. (Congreso de Colombia, 2020 p. 3).

Adicionalmente, el gobierno colombiano ha reconocido otras declaraciones y se ha adherido a distintas convenciones relacionadas con el tratamiento de este problema, entre ellos, los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991 ); la Proclamación sobre el Envejecimiento (1992); la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento (2002), los instrumentos regionales tales como la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003); la Declaración de Brasilia (2007), el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable (2009), la Declaración de Compromiso de Puerto España (2009) y la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (2012) (Constitucion Politica de Colombia, 1991).

Pese a este reconocimiento por parte del Estado, como sujeto social de protección, se sigue evidenciando un aumento en las cifras de maltrato de la persona mayor, tanto en sus propias casas, como en los hogares geriátricos, lo que se acompaña

de un importante subregistro; asimismo, se observa cierto desconocimiento por parte de los profesionales de la salud para el manejo de estos casos.

Un ejercicio de investigación como el que acá se propone apunta a dilucidar asuntos como la prevalencia de los distintos tipos de maltrato en las personas mayores, considerando que en Colombia existen notables vacíos en el conocimiento de la magnitud y características del fenómeno, así como sobre sus agentes desencadenantes y factores de riesgo asociados.

Según, Agudelo et al (2019): “la alta subestimación que hay de la magnitud de este problema no sólo se apoya en la falta de herramientas adecuadas, sino también en la falta de educación para realizar una oportuna y adecuada identificación” (Agudelo et al., 2020, p.27).

En este orden de ideas, resulta de vital importancia asumir el asunto del envejecimiento y la problemática del maltrato de la persona mayor por medio de políticas multisectoriales que comprendan los cambios demográficos y epidemiológicos. Conviene incorporar como estrategia de prevención de los factores de riesgo del maltrato de la persona mayor a la transversalización del envejecimiento activo y saludable en la población menor de 60 años, como una política pública del sistema de salud, todo ello con perspectivas diferenciadoras de los grupos poblacionales y de la población de personas mayores en relación con el género, pertenencia a grupos étnicos, víctimas del conflicto armado, población habitante de calle, niños, niñas adolescentes y jóvenes, migrantes, campesinos, sectores LGBTIQ+, entre otros grupos vulnerables (Ministerio de Salud Colombia, 2021).

## **Estrategias que promueven la prevención del maltrato y violencia en la atención de una persona mayor con discapacidad cognitiva y física en un hogar geriátrico**

La vulnerabilidad es un tema central en la bioética, puesto que se refiere a la condición humana de estar expuesto a situaciones de riesgo o daño en ciertas circunstancias. Esta condición puede estar presente en cualquier etapa de la vida, pero es especialmente relevante en el caso de las personas que se encuentran en situaciones de fragilidad, como los enfermos, los discapacitados, los ancianos y los niños. En este sentido, la bioética promueve el respeto y la protección de las personas vulnerables, reconociendo sus derechos y necesidades específicas y garantizando su participación en las decisiones que les afectan.

Como estrategias que promuevan la prevención del maltrato y violencia en la atención de una persona mayor con discapacidad cognitiva y física en un hogar geriátrico, se propone que desde la secretaria de integración social se brinde capacitación periódica al personal de salud y al personal administrativo de los hogares geriátricos sobre las teorías de autocuidado, respeto a la autonomía de los pacientes, manejo de pacientes con discapacidad cognitiva y física y sobre la realización semanal de un plan de cuidado donde se describan, por cada persona mayor, los factores de riesgo, los riesgos que se generan y las oportunidades de intervención, junto con evidencia que dé cuenta de la realización de las mismas. Se propone una evaluación médica y psicológica mensual por parte del personal de salud pública a las personas mayores que viven en los hogares geriátricos privados y proporcionar educación y apoyo a los familiares de los residentes, informándoles sobre los derechos de los adultos

mayores y las señales de maltrato. Esto les permitirá ser defensores activos de sus seres queridos y tomar medidas adecuadas si sospechan de algún tipo de maltrato.

## **Conclusiones**

Para prevenir la vulnerabilidad patogénica en las personas mayores que viven en los hogares geriátricos se requiere de una combinación de sensibilización, capacitación del personal de salud, establecimiento de políticas claras, participación de los residentes y/o familiares, apoyo psicosocial, educación a los familiares y colaboración de entidades externas para implementar intervenciones efectivas y mejorar la calidad de vida de las personas mayores que viven en los hogares geriátricos, pero principalmente se requiere de la implementación de oportunidades de intervención que fomenten la autonomía y desarrollo de capacidades, partiendo del análisis de las fuentes de vulnerabilidad para poder reducir el maltrato y el paternalismo en la persona mayor, ya que se facilita la identificación de factores de riesgo por medio del análisis de las fuentes de vulnerabilidad patogénica. Estos factores pueden incluir la falta de conocimiento, la falta de recursos, la falta de apoyo social, la presencia de enfermedades crónicas o discapacidades, entre otros.

Al comprender estos factores, se pueden desarrollar estrategias y programas de prevención específicos que aborden las causas subyacentes del maltrato, en lugar de simplemente abordar el maltrato una vez ha ocurrido, creando una mayor empatía y comprensión hacia las personas mayores y sus desafíos, fomentando la autonomía y un entorno más respetuoso y compasivo.

## Referencias bibliográficas

Adams, Y. (2012). FIGURA 1. Diagrama Causa - Efecto. *MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO, REALIDAD E INVISIBILIDAD*.

Agudelo M., Cardona D., Segura A. (2018). Características sociales y familiares asociadas al maltrato al adulto mayor de pasto, Colombia 2016. *Redalyc*.  
Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/4235/423561559004>

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2010). Estructura de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital.(Documento técnico No. 75). Bogotá.

ARIAS\*, A. D. (2013). ¿Hacia una justicia sin fronteras? El enfoque de las capacidades de Martha Nussbaum y los límites de la justicia. *Revista Internacional de Filosofía*, 51 - 58. Obtenido de <https://www.bing.com/search?q=nusbaum+bioetica+y+justicia+social&qs=n&form=QBRE&sp=-1&ghc=1&lq=0&pq=nusbaum+bioetica+y+justicia+social&sc=8-34&sk=&cvid=E6EF1BF2D1B94239BAD7B21C4B7DF60B&ghsh=0&ghacc=0&ghpl=#:~:text=de%20las%20capacidades%20%E2%80%A6>

Arroyo A., (2019). El deterioro cognitivo en la vejez. Entre la vulnerabilidad y la discapacidad. *Bioética y Derecho Universidad de Barcelona*, 127 - 147.  
Obtenido de <https://www.bing.com/search?q=arroyo+2019+abordaje+de+la+cuesti%C3%B3n+del+deterioro+cognitivo+en+las+personas+mayores+y+su+relaci%C3%B3n+con+la+vulnerabilidad+y+la+discapacidad&qs=n&form=QBRE&sp=-1&ghc=1&lq=1&pq=arroyo+2019+abordaje+de+la+cuesti%C3%B3n+d>

Baily Raffensperger Ellen, L. Z. (s.f.). *Manual de la Enfermería*. Oceano.

Baladia E., Frutos A., Martínez R., (2016) Sumario de recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con enfermedad de Parkinson. 33(3). Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112016000300035](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000300035)

Belén, L. (2021). Vulnerabilidad. *Revista en Cultura de la Legalidad*, 242 - 257. doi:<https://doi.org/10.20318/economia.2021.6074>

Carmona y Ribeiro (2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. 16(65). Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252010000300006#:~:text=La%20hip%C3%B3tesis%20central%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20asumi%C3%B3%20la,y%20el%20estrato%20socioecon%C3%B3mico%20en%20los%20cuatro%20escenarios](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000300006#:~:text=La%20hip%C3%B3tesis%20central%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20asumi%C3%B3%20la,y%20el%20estrato%20socioecon%C3%B3mico%20en%20los%20cuatro%20escenarios).

Centro de Psicología Gerontológica – Cepsiger. (2000). TÉRMINOS CLAVES SOBRE ENVEJECIMIENTO, VEJEZ Y TEMAS AFINES. [https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/CEPSIGER\\_Terminos\\_Claves\\_Envejecimiento\\_Vejez.pdf](https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/CEPSIGER_Terminos_Claves_Envejecimiento_Vejez.pdf)

CEPAL. (2021). El impacto de la pandemia por COVID-19 en las personas mayores. Desarrollo Social. <https://www.cepal.org/es/eventos/impacto-la-pandemia-covid-19-personas-mayores>

Código Civil Colombiano [CCC]. Ley 57 de 1887. República de Colombia.

Chica S. Román M., Hurtado M., Delprado F., (2020). Tratamiento de la deglución en adultos. Obtenido de <https://www.fumc.edu.co/documentos/investigacion/tratamientodeladisfagiaenadultos.pdf>

- Cubillos J., Cardenas M., Perea S., (2020). Boletines Poblacionales: Personas adultas mayores de 60 años. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-envejecimiento.pdf>
- Feito, L., (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 07-22. Recuperado en 01 de junio de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es&tlng=es).
- Fernandez C., Bittner C., Mancilla C., (2021). Aproximaciones al concepto de vulnerabilidad desde la Bioética: una revision integradora. *Scielo*, 25(2). doi:<https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.2.2>
- Forero L., Hoyos S., Buitrago V., Ramírez R., (2019). Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. *Universitas Medica*, 60(4) (p. 43 – 58).
- Garrido A. M., Blasco P., Pinos P.J., & Pérez Cabeza, P. (2003). El pie diabético. *Rev Med. Int.* 63(1). <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13044043>
- González E., Torres T. (2015). La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. *Gerokomos*, 26(4), 123-126. Recuperado en 02 de junio de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2015000400002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000400002&lng=es&tlng=es).
- Hernández, Z. E., (2005). La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 79-100.
- Kaplan y Berkman (2021). Religión y espiritualidad en los ancianos, *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-cr/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos->

sociales-en-los-ancianos/religi%C3%B3n-y-espiritualidad-en-los-ancianos#:~:text=La%20religi%C3%B3n%20puede%20proporcionar%20los%20siguientes%20beneficios%20psicol%C3%B3gicos%3A,para%20a

Kottow, M. (2011). Anotaciones sobre vulnerabilidad. Revista Redbioética/UNESCO, Año 2, 2(4), 91- 95. <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Kottow-RBioetica4-p91.pdf>

Luna, F. (2008). Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. Jurisprudencia Argentina, IV(1), 60-67.

Mackenzie, C.; Rogers, W.; & Dodds, S. (2014). Vulnerability. New Essays in Ethics and Feminist Philosophy. Oxford University Press.  
[https://eltondeaquiles.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2016/09/Studies-in-Feminist-Philosophy-Catriona-Mackenzie-Wendy-Rogers-Susan-Dodds-Vulnerability -New-Essays-in-Ethics-and-Feminist-Philosophy-Oxford-University-Press-2013.pdf](https://eltondeaquiles.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2016/09/Studies-in-Feminist-Philosophy-Catriona-Mackenzie-Wendy-Rogers-Susan-Dodds-Vulnerability-New-Essays-in-Ethics-and-Feminist-Philosophy-Oxford-University-Press-2013.pdf)

MacIntyre, A. (1999). Dependent Rational Animals: Why Human Beings Need the Virtues. Illinois: The Paul Carus Lectures. Open Court. (Trad. esp.: Animales racionales dependientes. Barcelona: Paidós, 2001).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Boletín Poblacionales: Personas con Discapacidad. Boletines Poblacionales.  
<https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-personas-discapacidad.pdf>

Ministerio de Salud. (2016). Sabe colombia 2015: estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento. Colciencias.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Morales A. Fajardo E., Lopez J. Ugarte A., Trujillo I., Rodriguez L., (2021). Percepción de las relaciones familiares y nivel de resiliencia en el adulto mayor: un estudio descriptivo-comparativo. *Scielo*, 32(2). Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2021000200096](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000200096)

Nussbaum, M. (2006) , *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership* , Harvard University Press , Cambridge, MA .

Organización Mundial de la Salud. (2017). Aumenta el maltrato a las personas de edad: según la OMS, afecta a uno de cada seis ancianos. Ginebra.

Osorio Pérez, O., (2017). Vulnerabilidad y vejez: implicaciones y orientaciones epistémicas del concepto de vulnerabilidad. *Intersticios Sociales*, (13), 1-34.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Diabetes. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

(Organización Mundial de la Salud, 2022) Organización Mundial de la Salud. (13 de Junio de 2022). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-diseas>

Orjuela J., Sánchez C., Barbero FJ., Mendez R., Albuquerque F., Calvo JL., (2003). Eficacia de la fisioterapia en la enfermedad de Parkinson. *Elsevier*, 25(S1), 34 - 39. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-eficacia-fisioterapia-enfermedad-parkinson-13048352>

Rojas D., Mendoza A., (2017). *Ciencia Unisalle*. Obtenido de

[https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1226&context=administracion\\_de\\_empresas](https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1226&context=administracion_de_empresas)

Romero A. (2010). Fragilidad: un síndrome geriátrico emergente. *MediSur*, 8(6), 81 - 90. Obtenido de

<https://www.redalyc.org/pdf/1800/180019804014.pdf#:~:text=Cuando%20la%20reserva%20fisiol%C3%B3gica%20cae%20por%20debajo%20de,literatura%20revisada%20para%20el%20reconocimiento%20del%20s%C3%ADndrome%20fr%C3%A1gil.>

Sánchez D., Eizmendi G., Azkoitia J., (septiembre de 2007). Envejecimiento y nuevas tecnologías. 41(52), 57 - 65. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-nuevas-tecnologias-13110091>

Shea A., Moreno O., Palacios D., Vaño S., (2020). Vitamina D para la práctica diaria. *Elsevier*, 46, 406 - 410. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-vitamina-d-practica-diaria-S1138359320300654>

Smiley, M. (1989) , “Paternalism and democracy,” *Journal of Value Inquiry* , vol. 23 , no. 4 , pp. 299–318

Tizón E. (2004). Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. *Elsevier*, 34(5), 263 -265. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-atencion-enfermeria-prevencion-cuidados-del-13066406>

Tomala E. (2020). Beneficios de las actividades lúdicas en adultos mayores. *Revista Científica Multidisciplinaria*, 4(1). Obtenido de file:///C:/Users/Andrea/Downloads/BENEFICIOS\_DE\_LAS\_ACTIVIDADES\_LUDICAS\_EN\_ADULTOS\_M.pdf

Vargas y Barrios. (2019). Tratamiento de la enfermedad de Parkinson temprana. *Acta Neurológica Colombiana*, 35(3), 11 -18. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v35s1/0120-8748-anco-35-s1-11.pdf>

Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D. y Wilber, K. H. (2017). Prevalencia de abuso de ancianos en entornos comunitarios: una revisión sistemática y meta-análisis. *The Lancet. Salud mundial*, 5(2), E147–E156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)