

Amparo Zúñiga Ramos

Percepción del adulto mayor hospitalizado en cuanto al abandono por sus familiares

2009



**Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería**

**PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN
CUANTO AL ABANDONO POR SUS FAMILIARES**

Tesis

**Que como parte de los requisitos para
Obtener el grado de
MAESTRA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

Presenta

Lic. Enf. Amparo Zúñiga Ramos

Santiago Querétaro, Qro. Noviembre 2009



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN CUANTO AL ABANDONO POR
SUS FAMILIARES

Tesis
Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:
Lic. Enf. Amparo Zúñiga Ramos

Dirigido por:
M. C. E. Patricia Eugenia Pasquel Barrios

SINODALES

M. C. E. Patricia E. Pasquel Barrios
Presidente

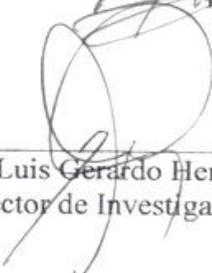
Dra. Aurora Zamora Mendoza
Secretario

M.G.S. Emma Vargas Daza
Vocal

M. C. Ruth Magdalena Gallegos Torres
Suplente

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Suplente


M.C. Gabriela Palomé Vega
Director de la Facultad


Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Noviembre 2009
México

RESUMEN

El envejecimiento de la población, implica una mayor demanda de servicios de salud. En los adultos mayores, se presentan mayores tasas de morbilidad relacionadas con las enfermedades crónicas degenerativas, así como mayores necesidades de atención de enfermería y de su grupo familiar. **Objetivo.** Describir la percepción del adulto mayor hospitalizado en relación con el abandono de sus familiares. **Metodología.** Diseño descriptivo y transversal. Se trabajó con un grupo de 100 adultos mayores en el Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, de Acapulco Guerrero. La recolección de la información, se obtuvo mediante tres escalas validadas: Katz, Lawton Brody y Recursos sociales; se diseñó una escala para medir la percepción de abandono obtenido, Alpha Cronbach 0.8947; el análisis de los datos fue a través del paquete SPSS versión 17.0. **Resultados.** Edad que predominó fue de 60 – 69 años; 51 % femenino y 49 % masculino; el 51 % eran viudos, 34 % casados, 10 % divorciados. En padecimientos crónicos degenerativos; predominó la diabetes mellitus con 43 %, hipertensión 21 %, 9 % presentaron ambas patologías y 21% refirió otros padecimientos. 37 % tenían trabajo remunerado, 25 % eran pensionados, 12 % tienen ingresos a través de familiares y 26 % cero ingresos. La escala de Lawton Brody, muestra que 70 % son independientes para manejar sus recursos financieros; en la escala de recursos sociales, 67 % se encuentran socialmente deteriorados. De la escala de percepción de abandono, 49 % de los viudos se perciben muy y totalmente abandonados. 53 % sienten que son una carga para la familia, 18 % creen que es por su vejez y el 13 % por su enfermedad, 34 % se sienten abandonados en el hospital, 33 % no recibe visitas desde que lo hospitalizaron, 67 % sí los visitan, al 44 % quienes los visitan son sus hijos. **Conclusión.** El adulto mayor se percibe abandonado tanto por sus características físicas, como económicas y sociales, tanto en el hogar como en el hospital.

(Palabras claves: Percepción, abandono, adulto mayor, hospitalización.)



SUMMARY

Population's ageing implies a major demand of health services. In the elderly people group, greater rates of morbidity and nursing care necessities occur compared with the rest of the population. **Objective.** To describe the perception of the hospitalized adults regarding the abandonment of their families. **Methodology.** A descriptive and transversal design; a group of one hundred elderly people in the ISSSTE General Hospital of Acapulco, Guerrero were under this study. Data gathering was done by three validates scales: Katz, Lawton & Brody, and Social resources; a scale to measure the perception of the obtained abandonment was designed, Alpha Cronbach 0.8947; data analysis was through the SPSS package version 17.0. **Results.** Predominant age: 60-69 years old. Sex: 51% female and 49% male. Marital status: 51% are widowers or windows, 34% are married. In chronic degenerative diseases: diabetes mellitus prevailed with 43%, hypertension 21% both pathologies 9% other diseases 21%. Within the socioeconomic factor: 37% paid work, 25% pensioner, 12% family support, 26% without income. The Lawton and Brody scale shoes that 70% are independent to manage their financial resources; in the social resources scale 67% are socially deteriorated. From the abandon perception scale, widowed people feel totally abandoned with 49%. 53% feel they are a burden to their families, 18% believe the abandonment is due to their ageing, and 13% because of their disease, 34% feel abandoned in the hospital, 33% do not receive any visits since they were hospitalized, 67% are visited and 44% those who visit them are their children. **Conclusion.** The elderly people perceive himself/herself abandoned due to physical, economical and social characteristics, either at home or at the hospital.

(Keywords: Perception of abandonment, elderly people, hospital stay)



DEDICATORIAS

A mi Madre

A mi Esposo y mi Hijo

A mi Familia

A mis Amigos

Por la paciencia, cariño, y el apoyo incondicional que me brindaron para poder sacar adelante este proyecto, con el cual logro uno de los objetivos primordiales en el aspecto personal y profesional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fuerza y permitirme terminar este proyecto.

A los Directivos del Hospital General del ISSSTE de Acapulco Guerrero, por permitirme realizar este trabajo.

Mis agradecimientos sinceros a los Directivos y Docentes de de la Facultad de Enfermería de Querétaro, a los Directivos y Docentes de la Unidad Académica de Enfermería N° 2, por las facilidades, asesorías y apoyo que me brindaron para el desarrollo y culminación de este proyecto.

Doy las gracias a mi familia, amigos, sobrinos, por su comprensión, paciencia y apoyo que me brindaron.

Especial mención, merece el equipo de trabajo, que estuvo conformado por estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, que de forma desinteresada y comprometida, contribuyeron de manera importante, para que esta investigación pudiera llegar a su término, así mismo me permitió establecer una relación empática, compartiendo experiencias que enriquecieron este proceso de aprendizaje.

Agradezco a La Directora de este proyecto, por su valiosa asesoría y el tiempo brindado para el desarrollo y culminación de este trabajo.

INDICE

	Pagina.
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de tablas o cuadros	vi
Índice de figuras	vii
I. INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Justificación	8
1.3 Objetivos.	10
II. REVISION DE LA LITERATURA	11
2.1 Antecedentes histórico del envejecimiento	11
2.2 Transición demográfica del adulto mayor.	16
2.3 Perfil del envejecimiento	27
2.4 El adulto mayor y la familia	28
2.5 Abandono del adulto mayor	30
2.6 Percepción del adulto mayor	34
III. METODOLOGIA	47
3.1 Tipo y diseño de estudio	47
3.2 Universo y muestra	47
3.3 Material y métodos	48
3.4 Análisis estadísticos	51
3.5 Ética del estudio	53
IV. RESULTADOS Y DISCUSION.	55
V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	
APÉNDICE	

INDICE DE CUADROS

Cuadro		Pagina
3.1	Escala de percepción de Abandono del Adulto Mayor sustentado en la teoría de Gestalt.	52
4.1	Características sociodemográficas de los Adultos Mayores Hospitalizados.	56
4.2	Percepción de abandono del adulto mayor según su estado civil.	58
4.3	Percepción de abandono del adulto mayor en relación a la escolaridad.	59
4.4	Percepción del abandono del adulto mayor en relación a su ocupación actual.	60
4.5	Percepción de abandono del adulto mayor por parte de sus familiares.	62
4.6	Percepción de abandono del adulto mayor en relación a días de hospitalización y visitas recibidas.	63
4.6a	Percepción de abandono del adulto mayor en relación a días de hospitalización y visitas recibidas.	64
4.7	Características socioeconómicas de los Adultos Mayores.	66
4.7a	Características socioeconómicas de los Adultos Mayores.	67
4.8	Características del cuidador del Adulto Mayor.	72
4.9	Percepción de abandono familiar del adulto mayor hospitalizado.	73

INDICE DE FIGURAS

Figura		Pagina
1.2	Población por grupos de edad del Estado de Guerrero en los años 1990 – 2005.	21
1.3	Ubicación Actual del Hospital General, ISSSTE Acapulco.	23
2.1	Proceso de sensación - percepción.	36
2.2	Integración holística del ser humano.	38
4.1	Percepción de abandono del adulto mayor hospitalizado.	57
4.2	Percepción de abandono del adulto mayor en relación con los hijos.	61
4.3	Padecimientos crónicos degenerativos como factores condicionantes físicos de abandono de los Adultos Mayores.	68
4.4	Características físicas de los Adultos Mayores con percepción de abandono en el hogar, de acuerdo escala de Actividades Instrumentales Lawton Brody.	69
4.5	Características físicas de los Adultos Mayores con percepción de abandono en el hogar, de acuerdo escala de actividades de la vida diaria de Katz.	70
4.6	Características sociales de los Adultos Mayores con percepción de abandono en el hogar, de acuerdo escala de recursos sociales.	71

I. INTRODUCCION

Ser mayor a comienzos del siglo XXI, supone envejecer en una sociedad de cambios acelerados e inesperados, donde algunos afectan directamente al sujeto mayor y al modelo social con el que se relaciona. Cuando los ancianos de hoy eran pequeños de edad, los cambios eran lentos, esperados y se daban en el entorno más cercano. Hoy los cambios son rápidos, inesperados y afectan a lo local y lo universal (Limón, 2006).

Lo anterior, ha venido evolucionando a través de la historia, la cual ha estado determinada por valores socioculturales donde el grupo humano ha influido dentro de la sociedad para aceptar o rechazar al adulto mayor, por lo que también él ha establecido su propio cuidado en la salud. Históricamente al anciano se le otorgaba un rol preponderante dentro de la sociedad, en donde jugaba el papel de sabio, conductor de los pueblos, dirigente de familia y también se les otorgaba poder político. En la época contemporánea, estos valores se están modificando y en muchas sociedades, hoy en día, a los ancianos ya no se les tiene cariño y respeto, por lo que son abandonados, sin permitirles que vivan su etapa de vida en forma digna y decorosa (Lillo. 2002).

El envejecimiento de la población viene de la acción combinada de dos connotadas transiciones con fuerte relación entre sí: una es la transición epidemiológica y la otra es la transición demográfica, conjuntamente con la transculturización producto de la globalidad que está impactando en la estructura y dinámica familiar en donde los ancianos se ven más desprotegidos, por lo cual utilizan mas los servicios de salud por la presencia de enfermedades crónico degenerativas (Quevedo 2008).

Según Salgado (2005) envejecer es un cambio morfológico y fisiológico, consecuencia del tiempo sobre los organismos vivos, proceso que trae como consecuencia problemas de salud, disminución de la independencia y adaptabilidad, deterioro de los modelos familiares y sociales, retiro del trabajo, merma en la capacidad económica, disminución de las capacidades físicas y mentales, por lo que actualmente, los adultos mayores ingresan más a las instituciones de salud del segundo nivel de atención, por

problemas propios de su edad, relacionados con enfermedades crónico degenerativas, ocupando el 60 % de las camas (Hernández, 2004)

Según Ruiperez Y Llorente citado por el (Instituto de Normalización Previsional INP, 2007), menciona que, el abandono o negligencia, se considera como la no administración de los cuidados o supervisión necesarias respecto a: alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados. Por lo que el adulto mayor, al ser llevado a la institución de salud con el pretexto de ser atendido por una afección médica, se deja por varios días, ocasionando que en el viejo disminuya su autoestima y ocasione mayores problemas de salud.

En este sentido el crecimiento vertiginoso de este grupo poblacional obliga a los gobiernos a enfrentarse a diversos problemas debido a la falta de servicios institucionales adecuados para este grupo, y a que la misma sociedad carezca de la capacidad para ofrecerles la atención que requieren.

Esta problemática se viene dando tanto a nivel mundial nacional y local, como en Chile, donde se registro un promedio de 6 a 8 ancianos abandonados mensualmente (González 2008). En México en las diferentes instituciones de salud pública, como en Guadalajara que de acuerdo a (Saavedra 2006) son abandonados 30 adultos mayores al mes, en Chihuahua el 75% de la población padecen de abandono por indiferencia de los familiares, pobreza, falta de redes sociales, ingratitud e irresponsabilidad etc. (González 2005) y en Guerrero aunque no se tienen estudios específicos (CONAPO 2005) se menciona que existen zonas indígenas con grandes carencias, poblaciones marginadas y carencia en la atención a la salud por lo que es posible que el abandono de adultos mayores hospitalizados se deba al estado de pobreza.

En el Hospital General “B” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de Acapulco Gro. Se ha observado en los servicios de urgencias y de medicina interna que no todos los adultos mayores que ingresan, son egresados al ser dados de alta debido a la falta de familiar responsable, lo que ocasiona que se saturan estos

dos servicios principalmente el de urgencias, ocasionando con ello que no haya suficientes espacios para la población derechohabiente que demanda una atención de urgencias, propiciando en el adulto mayor por su vulnerabilidad contraiga infecciones intrahospitalarias.

Este contexto conllevara a que el adulto mayor tenga sentimientos de abandono que a su vez van a afectar a su estado de salud físico y emocional, por lo que el objetivo es identificar la percepción de abandono familiar del adulto mayor.

1.1 Planteamiento del problema.

El envejecimiento o proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo, se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida (Morfi, 2005). En los seres humanos, este proceso invariablemente resulta con la manifestación y el aumento de los problemas de salud, disminución de la independencia y adaptabilidad, deterioro de los modelos familiares y sociales, retiro del trabajo, disminución de la capacidad económica y disminución de las facultades físicas y mentales (Salgado, 2005).

En el pasado, era sumamente difícil llegar a la vejez; esa posibilidad se consideraba como un privilegio y hablaba de la fortaleza y del vigor de los que la lograban. La vejez se consideraba como una etapa de la vida, rica en experiencia y sabiduría, por lo que se respetaba a los ancianos.

La historia ha marcado en cada periodo del adulto mayor una significación y unas exigencias determinadas, por lo que la vejez aparece como sinónimo tanto de ancianidad (lo que ha vivido o durado mucho) como de senilidad (lo que se ha utilizado o desgastado por el tiempo). En el pasado, el anciano constituía el depositario del saber y el transmisor del conocimiento, por lo que posteriormente se les define como los viejos, que son los hombres cautos, advertidos y previsores por su experiencia; Actualmente se les contempla como un ser pasado, fuera de moda y como un estorbo. Aunque la sociedad ha dado un gran paso con la implicación del hombre en los cuidados del anciano, en el cual se replantea el papel que debe tener dentro de las distintas culturas y comunidades, introduciéndolo dentro del

rol diario que puede desempeñar de acuerdo a su edad, evitando con ello la marginación social (Lillo-Crespo, 2002).

Se vive en una cultura en la que lo que no produce, no sirve, se arrincona, abandona, y en donde a una edad relativamente temprana, se jubilan o pensionan las personas de acuerdo a su edad, dando lugar con esto al uso indiscriminado de términos como: viejos, ancianos, seniles, octogenarios, tercera edad, adultos en plenitud y adulto mayor, siendo necesario el que se establezcan diferencias entre los conceptos biológicos.

La llamada tercera edad, también conocida con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, se ubica alrededor de los 60 años, la cual está asociada al evento de la jubilación laboral. Incluso hoy comienzan hablarse de una cuarta edad, para referirse a las personas que pasan de los ochenta años (Revista digital, 2008), por lo que a nivel internacional se cataloga como ancianos, a los mayores de 60 años en países en desarrollo y a los mayores de 65 años en los desarrollados (Rodríguez, 2006).

El siglo XXI es el siglo del adulto mayor, en donde la pirámide poblacional se ha invertido y en la actualidad a nivel mundial, se tienen 606.4 millones de adultos mayores aproximadamente. En México se cuenta con 8.2 millones de adultos mayores, representando un incremento del 20 % entre el 2000 y 2006 (Consejo Nacional de Población CONAPO, 2005) y en el Estado de Guerrero se tienen aproximadamente 273 000, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI, 2008)

En lo que respecta a la esperanza de vida de la población mexicana, la vida media se duplicó durante la segunda mitad del siglo XX, al pasar de 36 años en 1950 a 74 años en el 2000; esperando que en las próximas décadas continúe su incremento hasta alcanzar 80 años en el 2050, un nivel similar al de Japón, el país que actualmente tiene la mayor esperanza de vida.

Como ocurre en casi todos los países del mundo, las mujeres mexicanas tienden a vivir más que los hombres y en la actualidad el promedio de vida es de 72.7 años para

los hombres y 77.5 para las mujeres. Los hombres mueren más que las mujeres en todas las edades, lo que propicia que haya más mujeres que hombres en edades avanzadas (CONAPO 2005).

Según Trujillo (2008), el aumento de la esperanza de vida es considerable debido a los avances que se tienen en educación, salud, alimentación, infraestructura sanitaria, tecnológica en la medicina y el control ambiental, lo que ha permitido el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, dando lugar a un descenso de la mortalidad; sin embargo esta situación ha generado a la vez otro problema, el incremento de ancianos que aunado a la pobreza ha dado como consecuencia un crecimiento del índice de abandono de este grupo de personas, que cuando ya ha cumplido con su vida laboral útil, y ha dejado de producir en términos económicos para un grupo familiar, se transforma en una carga potencial de gastos, porque no aporta, pero si consume y ocupa un espacio en el hogar, pero por ser una persona muy vulnerable, necesitará del cuidado que le proporciona su familia, lo cual hace que se trastorne la dinámica laboral y social que se transforma en un causal de rompimiento de la interacción humana, comunicación y hasta afectividad.

Ocasionando con esto, que al adulto mayor se le repliegue o se desplace a un rincón del hogar, reduciéndosele su mundo social, provocando en el sujeto serias repercusiones en el aspecto social, psicológico y económico por el abandono familiar a que es sujeto, afectando su estado de salud, por lo que acuden a las instituciones de salud de las que son derechohabientes para su atención medica (Gutiérrez R. 2005).

En México, la ancianidad es una condición que llevan como carga los adultos mayores. Según estudios realizados por Picardi (2008) sobre adultos mayores, refiere, que son muchas las causas por las cuales se confina, relega o se llega al abandono de una anciana o anciano y entre ellas destaca lo que es la carga emocional y / o económica; encontrando entre otros casos también el despojo de sus bienes y pertenencias por sus propios familiares. También destaca la feminización del envejecimiento, donde las mujeres logran sobrevivir de cinco a seis años más que los varones, lo cual va aparejado a mayor abandono, marginación y discriminación.

Según Marín (2001), con respecto a la percepción social que de la vejez tiene el adulto mayor, es que nos es estática, sino que va modificándose en función de la edad, su productividad y el entorno en que vive. Estos cambios que se van desarrollando son por la crisis de desgaste de su organismo, desánimo y desilusión, por la experiencia que está viviendo y el verse de pronto no aceptado y abandonado sin una razón objetiva, puesto que él se siente todavía como ser vigente y capaz de servir. Aunado a ello está la pérdida del trabajo donde se sentía útil, pérdida de los compañeros de labores más jóvenes y pérdida de seres queridos y amigos que van muriendo (Bruna, 2003).

Los parámetros y valores culturales imperantes en la sociedad actual, donde predomina la dialéctica de la producción y el consumo, de la oferta y la demanda, favorecen poco la autoestima del adulto mayor. Siendo un modelo simplista que imagina el desarrollo de la vida desde su comienzo, plenitud y decadencia, lo que nos lleva al abandono del menos productivo. Según este esquema el hombre está condenado fatalmente a ser testigo de su propia decadencia y necesariamente su autoestima será cada vez más frágil y vulnerable.

En lo que respecta a la institucionalización, muchas familias internan al adulto mayor, con el objeto de que no sean un estorbo para ellos. Esto es porque no los pueden cuidar, y porque no están preparados para atender a este tipo de personas, por lo que lo único que desean es dejarlos en los hospitales para que el personal se haga cargo de ellos (Bruna, 2003).

En el Hospital General “B” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE de Acapulco, Guerrero, se observo que la población que más atiende y que ingresa a los servicios de urgencias y medicina interna son adultos mayores, los cuales sufren por el abandono de que son objetos por sus familias, porque no los pueden cuidar. El abandono tiene repercusiones sobre los adultos mayores que afectan directamente su desarrollo emocional, salud y sentimientos (por lo que debe preservarse la integración familiar de los viejos, y evitar su abandono). Para el hospital, el problema es financiero ya que deben erogar más gastos y esto propicia que no se brinde una atención adecuada a otra persona, ya que los espacios están ocupados. Es por ello que las

instituciones de salud deben de apoyarse en las leyes que protegen al adulto mayor, aplicando las mismas a las familias que abandonan a este tipo de personas.

En México existen diferencias culturales que están dadas, social estructurado e históricamente definido el cual impacta en los individuos de forma diferente en la forma de comunicarse, de ver y hacer las cosas, y en su estilo de vida ya que la cultura puede influir en el modo de enfermar de percibir el proceso de salud enfermedad y buscar atención medica. Se ha observado con frecuencia que cuando el adulto mayor se enferma y lo hospitalizan es abandonado por su familia, causándole más angustia y riesgo de contraer enfermedades cuando es dado de alta por permanecer innecesariamente más tiempo en el hospital, originando a su vez sobrecarga de trabajo y gastos excesivos a la institución de salud (Eguiluz, 2004).

Por ello, el presente estudio se sustenta en la teoría de Gestalt, donde los psicólogos Max Wertheimer, Kurt Kofka y Wolfgang Kohler estudian al ser humano como un todo. Explicando la teoría de la percepción, basada en las formas de relación Figura – fondo. Y como, a través de la forma se adquieren los conocimientos que están ligados no solo a la recepción de estímulos, sino a la organización e interpretación que se les da, es decir la forma de cómo se percibe el mundo o el entorno que nos rodea. Pretendiendo con este estudio, describir la percepción del adulto mayor hospitalizado en cuanto al abandono por sus familiares, en el Hospital General “B” del Instituto de Seguridad y servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de Acapulco, Guerrero, debido a que el fenómeno se está presentando, con una incidencia 6 a 7 adultos mayores abandonados al mes, manifestado a través del expediente clínico en su hojas de alta. Este estudio permitirá elaborar propuestas de intervención que contribuya a disminuir el índice de pacientes abandonados.

Pregunta de investigación:

¿Qué percepción tiene el adulto mayor hospitalizado en cuanto al abandono por sus familiares?

1.2 Justificación

La salud en México, es un derecho de todos los ciudadanos, sin importar raza, credo, o condición social y es una de las prioridades más importantes para el país que cuenta con programas que tienen como meta para el 2025 que todos los mexicanos cuenten con acceso a los servicios de salud (SSA, 2004). Es por eso que la Ley Federal de Protección al Adulto Mayor señala en su “Título 3°. Artículo 9° que la familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social, por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral (Ley de los derechos de los adultos mayores, 2002).

El abandono es el desamparo o desatención física o afectiva y /o económica de que son objeto los adultos mayores, existiendo también la enfermedad y la soledad, que hace que estos seres sean muy vulnerables (Ruiz, 2004), siendo uno de los motivos la excesiva carga que representa un anciano en la familia, o las tensiones exacerbadas y no resueltas provocan el abandono del adulto mayor, siendo un problema más visible en nuestra sociedad.

El abandono que sufre el adulto mayor es una dinámica que se vive a diario y son innumerables las historias que se tienen sobre el tema. Este problema tiene consecuencias sobre la persona como ser social, por qué afecta directamente a su estado emocional y su salud trayendo como consecuencia otras repercusiones que el adulto mayor enfermo presenta, como cuando es abandonado por sus familiares en los hospitales, ello acrecenta los problemas de índole social, económico y psicológicos. (Gutiérrez 2005).

En este grupo de seres vulnerables, existe un rompimiento de la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos pasan al olvido en combinación con el aislamiento, no tienen la capacidad de desenvolverse en un ambiente laboral, ni en su comunidad, además si son hospitalizados y abandonados y si la institución de salud no los ayuda a regresar a su hogar, tendrán que permanecer ocupando un espacio el cual es necesario para otros pacientes; ante tal problemática, las instituciones de salud tendrán sus propias repercusiones que serán de índole económico, ya que la estancia de los pacientes le significa al hospital gastos días – cama por el tiempo que ellos se encuentren ahí.

Resaltando lo que menciona Muñoz (2004), que los centros hospitalarios en México, fueron diseñados para ofrecer servicios curativos de tipo agudo y no crónico o preventivo, y actualmente los adultos mayores constituyen el grupo de edad prioritario que demanda más la atención curativa lo que implica grandes costos para las instituciones hospitalarias, constituyendo un triangulo de interacciones que se establecen entre tres componentes, que son: el personal sanitario, el paciente y la sociedad. Para ello se toma en cuenta los 4 principios claves de la bioética actual que son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, los cuales interactúan para hacer menos compleja esta relación y así evitar conflictos en casos particulares de los adultos mayores en lo que se refiere a la atención de su salud y al apoyo que tienen de sus familiares, (Romero 2007).

El abandono del adulto mayor en los hospitales es una realidad que no debe soslayarse por parte del personal de enfermería, dado que es quien permanece más tiempo del día otorgando cuidados a los pacientes hospitalizados, el cual está en contacto directo con ellos, valorando y diagnosticando las respuestas humanas, brindando un cuidado integral e identificando si el adulto mayor se encuentra o se percibe abandonado.

La importancia de este estudio radica en identificar oportunamente la percepción de abandono que tiene el adulto mayor por parte de sus familiares, el cual permitirá buscar posibles alternativas de solución a la problemática del paciente abandonado a través del departamento de trabajo social con el fin de reintegrarlo al seno familiar, permitiendo a la institución mejorar las redes de apoyo.

1.3 Objetivos:

1.3.1 Objetivo General.

- Describir la percepción del adulto mayor hospitalizado en cuanto al abandono por sus familiares en el Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Guerrero en Acapulco Guerrero.

1.3.2 Objetivos Específicos.

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores.
- Identificar la percepción de abandono familiar cuando se encuentra hospitalizado.
- Identificar aspectos de salud de los adultos mayores.
- Identificar la percepción de abandono familiar del adulto mayor cuando se encuentra en casa.

II. REVISION DE LITERATURA

En la presente revisión se abordan aspectos de la evolución histórica del anciano, su transición demográfica, el perfil del envejecimiento y la descripción de los cambios que ocurren al llegar a esta etapa de la vida; así mismo se describe el entorno familiar del adulto, su abandono y la percepción que tienen del mismo, algunos estudios relacionados con el abandono y los factores condicionantes que refieren los autores.

2.1 Antecedentes históricos

La vejez ha sido considerada a lo largo de la historia y en la actualidad como uno de los problemas que más han preocupado y preocupan a la sociedad. A lo largo de su vida, el viejo ha sido testigo de una serie de modificaciones que tiene que afrontar y a las que debe adaptarse; la familia en la que creció y se desarrolló como individuo no tiene nada que ver con el medio familiar en que vive ahora. Los ambientes políticos, sociales y económicos en los que la familia se insertaba hace 60 años se transformaron por completo. En consecuencia, en lo que respecta a problemas en lo que concierne a los económicos, sociales y culturales derivadas de la vejez, han sido valorados y analizados desde diversos puntos de vista (Trujillo, Becerra, 2008).

Sociedades primitivas

En las sociedades primitivas, partiendo de la premisa que la vejez era un estado o situación con un marcado carácter excepcional, al ser escaso el número de individuos que alcanzaban el grado de viejos, la comunidad adoptaba frente a este fenómeno anormal e inusual de la vejez, una actitud que se movía entre la eliminación o el abandono y el respeto o la consideración hacia los ancianos.

El abandono o la eliminación de los ancianos estaba además claramente condicionada, no tanto por la edad del individuo, sino por su condición en cuanto al mantenimiento de los viejos achacosos, que suponían una carga que en ocasiones era

insostenible para estas sociedades, especialmente para las nómadas, las cuales optaban por el abandono para liberar a la comunidad de un fardo que le impedía moverse con facilidad, Arce en (Millán, 2006).

Algunas tribus consideraban a los ancianos una carga de la que había que desprenderse; como los Indios Pina de California que los apedreaban, los Koryaques, los Chuchees y los Bosquimanos mataban a los viejos en un rito ceremonial estrangulándolos. Los Yacutos los abandonaban en los montes del Norte de Siberia en un banco de hielo, en climas menos gélidos; los Ojibwas del norte cuidaban bien a sus ancianos hasta cierta edad, pero en la vejez extrema cuando eran inválidos, los abandonaban o los mataban. En Japón, sacrificaban a los muy viejos en la montaña de la muerte; mientras que en Bali, algunas tribus antropofágicas además de sacrificarlos se los comían (Millán, 2006).

Sociedades antiguas

En la Grecia arcaica, se vinculaba la idea de honor con la de vejez. En cambio, en la literatura griega son numerosas las burlas y sátiras que tienen como protagonista al anciano. A pesar de que participaban en los órganos del poder, los ancianos eran respetados pero no queridos.

La escuela hipocrática afirmaba que el proceso de envejecimiento se iniciaba a partir de los 50 años. Se producía a causa de un desequilibrio de los humores, diferenciándolos del desequilibrio que provoca y facilita las enfermedades. Aristóteles mantenía que la vida se pierde poco a poco en la vejez por la pérdida de calor interno, o sea la senescencia es un enfriamiento progresivo de la fuerza vital acumulada en el desarrollo (Quintanilla, 2006).

Algunas ciudades griegas tenían instituciones encargadas del cuidado de los ancianos abandonados, sin familia y con escasos recursos. En Atenas se repartía comida gratuita a los viejos necesitados que podían recibirla hasta el fin de sus días. Esparta era de las ciudades que más cuidaba a sus viejos; Gerusia era un consejo de 30 ancianos que

dirigían y controlaban la política de la República, estos vocablos dieron origen a la palabra Gerontología, Jiménez en (Millán, 2006).

Cristianismo

Marca el final del mundo antiguo. Esta religión se impuso en el seno del imperio romano, se difundió entre los barbaros y se convirtió en la ideología de occidente, pero no consiguió mejorar la suerte de los ancianos. La aportación de la iglesia fue positiva, ya que se crearon a partir del siglo IV, hospitales y hospicios.

La edad media, fue un periodo de destrucción, confusión y de gran retroceso en la evolución de la humanidad. Durante esta época los ancianos estuvieron casi excluidos de la vida pública, siendo los jóvenes quienes dirigían el mundo. El hombre de experiencia en esta sociedad tenía escaso valor. Era una sociedad dividida en tres órdenes: los que rezaban, los que peleaban y los que trabajaban.

Durante el siglo XV, el desprecio a la vejez se manifiesta en las artes y en las letras. Los pintores italianos ignoran la vejez, los flamencos y alemanes se ensañan con ella, especialmente con la mujer vieja, a la que representa arrugada y decrepita asimilándola a la imagen de la bruja con la que tanto se ensañó la inquisición. En esta época se rechaza a los viejos que quisieron suprimir (Lillo, 2002).

En la revolución industrial, se produce un aumento de la población europea a causa de una mejora de la higiene y otros factores favorecedores. Esto resulta en un aumento de la longevidad. Pero de todas formas se repite el esquema de otras épocas; el anciano es respetado pero no amado. Las transformaciones causadas por la revolución industrial, fueron nefastas para los ancianos, cuando los menos favorecidos consiguen alcanzar una edad más longeva, la vejez los condena a la indigencia. El viejo que no podía ser mantenido por su familia solo podía contar con los auxilios que le dispensaba la iglesia, o era abandonado en los hospicios por los hijos que estaban en la más absoluta miseria. Era una situación similar a la de la época de la edad media, González en (Quintanilla, 2006).

En el México prehispánico (en el Códice Mendocino y los escritos de Fray Bernardino de Sahagún), hay algunos testimonios acerca de la situación y el papel social que desempeñaban los ancianos, así como las consideraciones y el respeto al que eran merecedores Tascon, en (Cruz, 2008).

Para los mexicas, la ancianidad llegaba a los 52 años y los ancianos eran venerados, honrados por la familia, y si se habían dedicado a la política, disfrutaban en sus últimos años de una vida pasible llena de honores Morales, (en López, 2003).

Los viejos que conservaban sus facultades eran el vínculo personal con los dioses, era un privilegio llegar a viejo, pero este don debía sustentarse en sabiduría y prudencia para que el anciano fuera respetado y apreciado. De Acuerdo a su cosmovisión, los antiguos mexicanos concebían a la tierra como un lugar de sufrimiento; sin embargo, la vejez era estimada como un gran don de los dioses, Tascón en (Robles, 2003).

A la llegada de los españoles a Tenochtitlán, se resaltaba el valor de los viejos, estos eran respetados por todos; el anciano daba consejos, amonestaba y advertía que la risa, el sueño y los alimentos eran para el hombre; fuerza y robustez y que con el acto sexual, se hacía siembra de gente. Además la ciudad contaba con los meritos para ser denominada “ciudad saludable”, debido a sus costumbres sanitarias, valores en el aseo personal, vivienda, vestido, estilos de vida, artes y entretenimientos (González, 2001).

El siglo XX se caracterizo por un acelerado ritmo en el progreso tanto científico como tecnológico, que unidos a la disminución en las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad han dado lugar a una explosión demográfica acompañada de una serie de repercusiones de carácter ético, social y económico (Zea Ma. 2007).

En nuestra sociedad, la vejez es una etapa de vida que está teniendo una creciente importancia por el aumento del número de integrantes del grupo al que pertenecen. En una sociedad evolucionada, la tradición es menos importante que la flexibilidad y el progreso de los conocimientos en cuanto a los aspectos sociales que están vinculados con las

personas mayores y con el entorno en que viven. Ya que el valor de las personas de edad se encuentra disminuido y en cambio aumenta en proporción el de los jóvenes (Millán, 2006).

Por lo tanto, podemos decir que el anciano pierde en la estructura del mundo urbano, los dos pilares del poder o los poderes primordiales del rol social, que son: el dinero y el conocimiento. Aquí la expresión del rol sin rol toma cuerpo, ya que los ancianos pasan a pertenecer a un grupo social que no posee obligaciones, porque en nuestra sociedad éstas vienen dadas por el rol laboral activo, con el consecuente status económico y social. Así también tienen una especial repercusión en el ámbito sanitario por las características de la patología de este grupo de edad (Quintanilla, 2006).

Con lo anterior se puede explicar que en el contexto cultural de cada época, se han producido posiciones diferentes para el anciano, algunas veces ha sido respetado y otras discriminado y excluido. Por ello López en (Anna, 2002), señala que si comparamos un hombre de clase media y uno que vive en extrema pobreza de la misma edad, se encontrara que el que tiene condiciones precarias aparenta mayor edad, en comparación al primero, porque el concepto de tiempo es abstracto, y se objetiviza cuando se realizan tareas y actividades dentro de ciertos marcos sociales. El hombre vive sus etapas dentro de límites biológicos, psíquicos y socioeconómicos que se objetivan en el ritmo de desgaste y deterioro de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica al anciano por la edad y por el grado de desarrollo del país; es así como propone, para los países desarrollados un límite de 65 años o más y para los países en desarrollo, 60 años o más.

Debido a los avances tecnológicos, médicos y en atención a la salud, la esperanza de vida ha ido en aumento, por lo que hoy en día para la población general es de 75.4 años; para los hombres es de 73.0 años de edad y para las mujeres es de 77.9 años de edad. De tal forma, en la actualidad la pirámide poblacional se ha invertido y a nivel mundial, existen 606.4 millones de adultos mayores aproximadamente (CONAPO, 2005).

2.2 Transición demográfica del adulto mayor

El proceso conocido como transición demográfica, ocurre en prácticamente todos los países. El envejecimiento siempre ha existido, sin embargo, el porcentaje de personas que llegaban a edades avanzadas era poco considerable. Es un proceso intrínseco debido al tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados (CONAPO, 2005).

En los últimos decenios, la disminución de las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil, los progresos en los procesos de industrialización, urbanización, modernización social, junto con los grandes avances en salud pública y los descubrimientos científicos que reducen la incidencia de las enfermedades fatales, así como las mejoras en las condiciones de vida, han provocado un incremento de la esperanza de vida, lo que se ha traducido en un aumento de la proporción de ancianos en la mayoría de los países. Este fenómeno ha conducido a considerables problemas sociales, políticos y económicos sobre todo en los países altamente desarrollados (Trujillo, Becerra, 2008).

La población mundial avanza hacia un proceso acelerado de envejecimiento. Se calcula que la población mundial crece al año un promedio de 2.2 %, lo que corresponde a una duplicación cada 30 años (Lillo-Crespo, 2002). Los países europeos, junto con Japón, son los que se encuentran más avanzados en este proceso. En la mayoría de ellos, al menos una de cada cinco personas tiene 60 años o más. Estimándose que para el 2050, alrededor de uno de cada tres sean adultos mayores en esos países. A pesar de las diferencias, todos los países apuntan a tener mayores proporciones de adultos mayores, a excepción de la mayor parte de los países Africanos, donde la transición demográfica está actualmente en un proceso incipiente (CONAPO, 2005).

Hoy por hoy los países desarrollados tienen las poblaciones más envejecidas, pero en unas cuantas décadas muchos países en desarrollo alcanzarán esos niveles de envejecimiento, estimándose que a mediados del siglo XXI la edad mediana de los países desarrollados será de 49.9 años y de 41.3 años en los países en desarrollo. Los adultos

mayores en su mayoría se encuentran en los países menos desarrollados, a pesar de que estos se sitúan en una fase menos avanzada del proceso de envejecimiento, en donde en el año 2000 alcanzó una cifra de 375 millones, lo que equivale al 62 % del total de adultos mayores en el mundo. En cambio, 232 millones residen en países desarrollados (CONAPO 2005).

Estimándose que para el año 2020, el 12 % de la población total mundial tendrá más de 60 años y la población de América Latina entrara en un dramático proceso de envejecimiento.

Para el 2050, en algunos países en rápido proceso de envejecimiento, como Europa, y Asia Oriental, más del 30 % de la población tendrá 65 años o más. Sin perjuicio de ello aunque parezca increíble, algunos países Latinoamericanos, como Brasil, Chile y México, podrían llegar a tener poblaciones más ancianas que la de los Estados Unidos (Jackson, Strauss, 2006).

Según Tepach en E. Reyes (2006), México ha experimentado transformaciones sin precedentes desde el punto vista demográfico. La transición demográfica en nuestro país inicio en 1930 y se espera que concluya en el año 2050. Esta transición se compone de 3 fases estrechamente vinculadas con los niveles de mortalidad y fecundidad:

- La primera: se presento entre 1930 y 1970, se distinguió por la existencia de tasas de mortalidad y fecundidad elevadas. Esta fase se definió como de despegue y rápido crecimiento, dando origen a un proceso de rejuvenecimiento demográfico, expresándose con un ensanchamiento en la base de la pirámide poblacional.
- La segunda: se registro entre 1970 y el año 2000. Con la caída de la fecundidad, iniciándose con un proceso gradual de estrechamiento de la base de la pirámide poblacional y el desplazamiento de generaciones numerosas hacia las edades centrales.
- La tercera: México complementará la última fase de la transición demográfica en las décadas venideras, caracterizándose por una reducción de la mortalidad y la

fecundidad, lo que generará un crecimiento poblacional cada vez más reducido con un perfil envejecido.

En la década de los sesenta, la tasa global de fecundidad se redujo de 7.3 hijos promedio por mujer a 2.13 en la actualidad. Asimismo, uno de los logros más sobresalientes durante el siglo XX, fue el notable descenso de la mortalidad, indicativo de una significativa mejora en las condiciones generales de vida de la población. Como consecuencia de ello, la esperanza de vida de los mexicanos ascendió 74. 8 en 2006 (72. 4 para los hombres y 77.2 para las mujeres) (Hoekman, 2006).

En lo que respecta a la vida media de los mexicanos, se duplico durante la segunda mitad del siglo XX. Esperando, que en las próximas décadas continúe su incremento hasta alcanzar 80 años en 2050, nivel similar al de Japón país que actualmente tiene la mayor esperanza de vida.

La pirámide de la población mexicana perderá su forma triangular, característica de una población joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas (CONAPO, 2005).

La estructura por edades dentro la pirámide de 1970, tenía una base amplia y una cúspide angosta, predominando en este caso la población infantil que caracterizo la época de alta fecundidad. En el año 2000 se presenta una pirámide abultada en el centro que refleja el aumento en el número de personas en edades jóvenes y laborales, así como una base más estrecha, que es el resultado de la disminución en la proporción de niños de 0 a 4 años.

La evolución previsible de la fecundidad y de la mortalidad permiten anticipar de que la base de la pirámide continuará reduciéndose, por lo que la población infantil tendrá menos peso relativo y será menos numerosa, dando lugar a que las generaciones que nacieron en la época de alta fecundidad, comenzaran a engrosar la parte superior de la pirámide conformen alcancen la edad de 60 años. Produciendo cambios notorios en la

forma que será cada vez más amplia en su cúspide y más estrecha en su base, con una estimación entre el año 2000 y 2050 de incremento de adultos mayores que pasara de 7 al 28 %.

El número de adultos mayores (60 años o más) que hay en México casi se ha triplicado desde 1970 a la fecha. Estimándose que la población de adulto mayores es de 8.2 millones. Como consecuencia de este rápido crecimiento, la participación de los adultos mayores en el total de habitantes del país ha aumentado de 5.5 % de 1982, a 7.5 % en el 2005. Por su parte la tasa media anual de crecimiento de este grupo de población se ha mantenido en ascenso desde mediados de los años setenta con un incremento de 1.9 % anual en 1976 a 3.56 % en la actualidad. La tasa de crecimiento de las personas de la tercera edad se mantendrá arriba del 4% anual entre 2012 y 2023, mientras que el volumen actual se duplicará hacia 2020 y nuevamente para 2050 (CONAPO, 2005).

En el proceso de envejecimiento en el ámbito a nivel estados, además de la natalidad del pasado y los logros en materia de salud, intervienen de manera determinante la migración interna e internacional. En números absolutos, la población de 60 años y más rebasa los 300 mil habitantes en solo siete entidades federativas. El Distrito Federal (731mil) y el Estado de México (714 mil) concentran las mayores poblaciones, seguidos de Veracruz (552 mil) Jalisco (475 mil), Puebla (374 mil), Guanajuato (331 mil) y Michoacán (326 mil). En conjunto estas entidades albergan a la mitad de los adultos mayores del país (50.4 %) (Negrete M. 2001).

El crecimiento más marcado en términos relativos, se aprecian en Quintana Roo, donde la población de la tercera edad se multiplico 12 veces durante los últimos tres decenios del siglo XX, al pasar de apenas 2500 en 1970 a más de 30 000 en el 2000, equivalente a una tasa media anual de crecimiento de 8.28. Nuevo León (3.6 veces), Aguascalientes (3.6veces), Estado de México (3.5 veces), con tasas superiores al 4 % anual. En el extremo opuesto se encuentra Chiapas (1.4 veces), Guerrero (1.5 o 1.38 %), Tabasco (1.5 o 1.40 %), y sobre todo Veracruz (1.7 o 1.69 %) (Partida V, 2003).

Los adultos mayores en México se concentran en los grupos sociales de menores ingresos. En los hogares con ancianos el 29 % se ubican en localidades rurales de menos de 2500 habitantes. Ante las condiciones de pobreza, vulnerabilidad y limitada accesibilidad a servicios básicos, se agudizan los problemas de salud en la vejez (Negrete M. 2001)

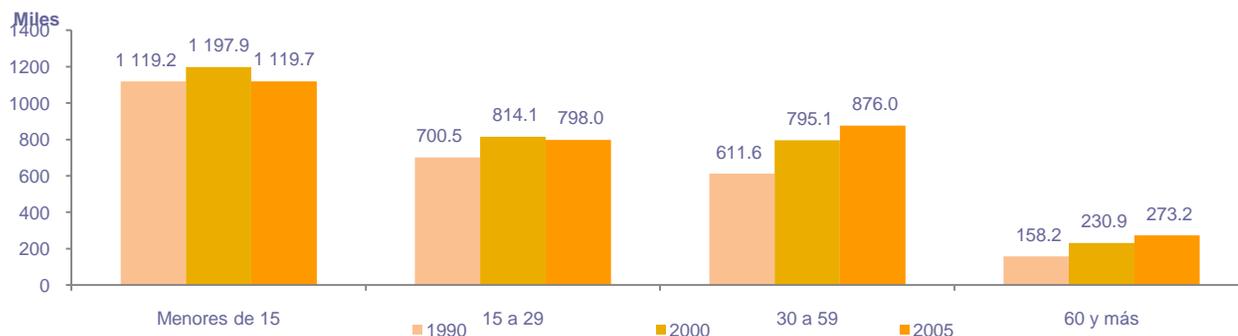
En México existen más mujeres ancianas (51.29 %) que hombres (48.71 %) (Ham, 2003). Los hombres mueren más que las mujeres en todas las edades, esto propicia que haya más mujeres que hombres en las edades avanzadas. Este comportamiento es característico del proceso de envejecimiento en todos los países del mundo, pero es mucho más pronunciado en los desarrollados, ya que en ellos las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres son mayores (CONAPO. 2005).

Tomando en cuenta la heterogeneidad en el proceso de envejecimiento, existe una gran diferencia entre la vejez masculina y femenina, y es en lo que respecta a los roles de género tradicionales que es lo que persiste actualmente. Estos roles, en las comunidades rurales de México, son los que dictan que los varones manifiesten conductas machistas como aparentar fortaleza física o mental (ejemplo; no expresan sufrimiento, ni dolor, no acudir al médico), mantener la autoridad y el poder en la familia y encargarse primordialmente de trabajar para llevar el sustento del hogar. (Salgado de Snyder, 2007). Todas estas manifestaciones se ven afectadas durante la vejez debido al proceso natural de deterioro asociado a esta etapa.

En el Estado de Guerrero, de acuerdo con el censo general XII del Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática actualizada (INEGI, 2005) en el aspecto demográfico, cuenta con una población de 3,240, 437 habitantes, de los cuales 1, 557,411 son hombres (48.4%) y 1,683.026 (51.6%) son mujeres. Y como parte de la transición demográfica entre 1990 y 2005, el número de adultos mayores paso de 158 a 273 mil. Teniendo una tasa de crecimiento promedio anual en ese periodo de 3.56 %, mientras que la población total de la entidad creció a un ritmo de 1.11 %. Diferenciándose por el sexo, el numero de adultos mayores fue de 3.5% (127, 855) son hombres y el 4.0% (145,327) son

mujeres. Ocupando a nivel nacional el séptimo lugar de envejecimiento con un 6.0% (INEGI, 2005)

Figura 1.2 Población por grupos de edad del Estado de Guerrero 1990-2005



Fuente: INEGI XI Censo General de Población y Vivienda 1990.
 XII Censo General de Población y Vivienda 2000.
 II Censo de Población y Vivienda, 2005.

El estado ocupa el segundo lugar de marginación más elevado después de Chiapas. Cuenta con 76 municipios, 67 registran un alto índice de marginación y en el extremo opuesto los que restan, se encuentran en bajos niveles, agudizándose más las desigualdades sociales, por lo que la situación social del adulto mayor se torna muy aguda por la pobreza y marginación en que se encuentran, que son propias del entorno en que se vive, siendo menospreciados, al considerárseles como una carga para la propia familia, ya que por su proceso de desgaste, es una población que requiere atención médica adecuada, pues se incrementan las enfermedades crónico degenerativas que pueden provocar algunas discapacidades para desempeñar cualquier empleo.

El descenso de la fecundidad y de la mortalidad, así como las pautas migratorias continuara implicando profundas transformaciones en la distribución por edades de la población. El Estado de Guerrero, así como en todo el país, dejara de ser en las próximas décadas una sociedad predominantemente joven para transitar hacia una de adultos mayores. Actualmente, una de cada trece personas en la entidad es un adulto mayor (7.9 %), en tan solo 25 años más, en el año 2030 lo será una de cada 6 (17 %), lo que sin duda imprimirá fuertes presiones sobre el sistema de seguridad social y los mercados laborales y habitacionales, entre muchos otros. Aunado a esto está la esperanza de vida, que aumentó

cerca de 17 años, al pasar de 57.3 a 72.1 años en hombres y 77.5 años en mujeres, entre 1970 y 2005.

Entre los adultos mayores, es frecuente que el volumen de hombres sea menor que el de las mujeres, dado que en ellas el nivel de sobrevivencia es mayor (CONAPO, 2005).

A nivel local, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado ISSSTE, es una institución creada para servir y proporcionar atención a un número mayor de trabajadores al servicio del estado, que recibe los beneficios traducidos en derechos con elevado concepto de solidaridad social. Es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene como antecedentes la dirección de pensiones civiles y de retiro.

Inició sus actividades en esta Ciudad y Puerto de Acapulco Gro, el día 1° de febrero de 1960, funcionando en un edificio de la Confederación Regional Obrera Mexicana CROM, contando con dos consultorios únicamente para prestar atención de primer nivel. El crecimiento demográfico y la alta demanda de servicios, generó que hubiera una mayor capacidad de cobertura, siendo necesario para ello, la construcción de Unidades Médico Asistenciales de segundo nivel, por lo que el día 16 de septiembre del mismo año se inaugura la primera Clínica Hospital de segundo nivel de atención, siendo sus instalaciones apropiadas para el número y tipo de derechohabientes de esa época, ubicado en Avenida Ruiz Cortinez S/N, en donde actualmente se encuentran las instalaciones de la Estancia de Bienestar y Desarrollo Infantil número 9. Este Hospital contaba con 11 camas censables, 6 para adultos y 5 para pediatría, la plantilla del personal de enfermería contaba con 14 enfermeras empíricas (Documento ISSSTE, 2006).

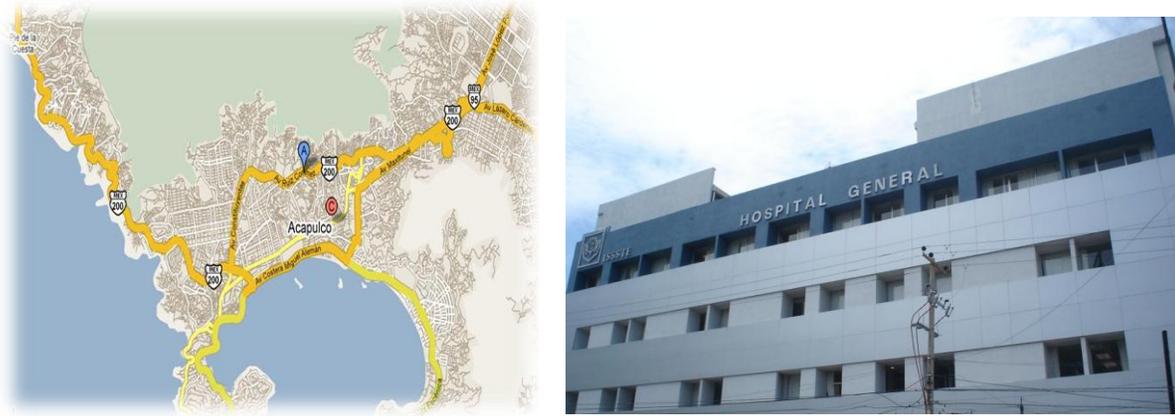


Figura 1.3 Ubicación Actual del Hospital General, ISSSTE Acapulco Guerrero.

Por la demanda de mejores servicios y por el aumento de la población, se construyó un nuevo hospital el cual se inauguró el primero de mayo de 1974, ubicado en la avenida Ruiz Cortines, N° 124, con una edificación de forma vertical de cuatro niveles, contando con 12 consultorios y 60 camas censables para atender a 18 000 derechohabientes. Cuenta actualmente con 60 camas censables y 67 no censables para atender a una población de 124, 424 derechohabientes, que ya resulta insuficiente, considerando la infraestructura que data de hace 35 años, porque año con año se incrementa más la población derechohabiente, sobre todo los adultos mayores (Documentos ISSSTE, 2006).

Con el envejecimiento de la población, implica una mayor demanda de servicios de salud, pues en este grupo de edad, se presentan mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica que en el resto de la población (CONAPO, 2005).

Con respecto a los términos que se han utilizado para definir a la vejez, Según González (2007), durante más de dos décadas el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) fue creado por decreto presidencial el 22 de agosto de 1979, se dedicó a proteger y atender a las personas mayores de 60 años y más. Más tarde, el 17 de enero 2002 modificó su nombre para convertirse en el Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN).

Poco tiempo se mantuvo esta designación, ya que cinco meses después, en junio del 2002, se publicó la Ley para Adultos Mayores y con ella nació el Instituto Nacional de las

personas adultas mayores (INAPAM), describiendo actualmente a los individuos de más de 60 años como Adultos Mayores.

Por tanto, desde el punto de vista clínico y epidemiológico y con base en los intervalos de edad, los adultos mayores pueden clasificarse en las siguientes categorías:

- 1.- De 60 a 74 años: viejos - jóvenes.
- 2.- De 75 a 84 años: viejos – viejos.
- 3.- De 85 a 99 años: viejos longevos.
- 4.- De 100 años y más: centenarios (Rodríguez R. 2006).

El envejecimiento es un proceso multifactorial que comprende mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, de modo que se presenta y evoluciona de manera individual. En este sentido, los humanos envejecen de manera distinta y la edad cronológica no siempre es igual a la biológica.

Desde el punto de vista epidemiológico, es importante la subdivisión de la población de los adultos mayores en grupos de edad, ya que según sus evidencias en los cambios fisiológicos, es la vulnerabilidad que tienen para los padecimientos crónicos degenerativos, el déficit auditivo, visual y de equilibrio entre otros (Rodríguez, 2006).

Las enfermedades crónicas en la vejez y sus repercusiones en la funcionalidad física, mental y social, son una carga sanitaria y financiera para el adulto mayor, la familia y el sistema de atención de la salud. Por lo que en base a lo mencionado, se destaca que las repercusiones psicosociales más importantes para los viejos con padecimientos crónicos y en un contexto de pobreza, generan una serie de problemas en el, como; la soledad, el abandono, la baja autoestima, la depresión, y el deterioro cognoscitivo que acompañan a estos padecimientos, repercuten negativamente en su calidad de vida y el estado de salud.

La hospitalización suele ser un recurso muy útil para el tratamiento de padecimientos crónicos graves del adulto mayor. Pero a la vez puede ser negativo para el mismo, porque son seres muy vulnerables y por el simple cambio de entorno físico, puede

desencadenar manifestaciones indeseables ajenas al problema que determina su ingreso y que agravan el estado de estos enfermos. Una de las grandes desventajas de la hospitalización de los adultos mayores, es que al egresar, ya no son independientes (75 %) y algunos requieren cuidados y apoyo permanentes por la familia (15 %) (Rodríguez, 2006).

La familia es uno de los ámbitos en que el envejecimiento repercute más, y si bien hoy es muy diferente al de generaciones anteriores, experimenta cambios aun más profundos. El envejecimiento afecta a todos los miembros de la familia, sin importar su edad. Cuando el individuo no es capaz de cuidar de sí mismo, la alternativa principal es este grupo social, aunque desde luego este grupo familiar puede ser un lugar de desdicha y sufrimiento donde se gesten conflictos, desilusiones, desprecios y abandono del adulto mayor (Rodríguez, 2006).

Estudios hechos en Chile, señalan que el adulto mayor es imprescindible mientras sirve a su familia, pero cuando dejan de ser autovalentes por alguna enfermedad que va a requerir el apoyo de su familia, ya no quieren tenerlo en casa ni hacerse cargo de él, surgiendo en estos casos los conflictos familiares, dando lugar con ello a que sean internados en los hospitales por padecimientos mínimos, donde se desentienden de inmediato no visitándolos, no estando pendientes de su evolución y dejando datos falsos para localizarlos.

Otro factor determinante es la inserción de la mujer al trabajo. Forttes enfatiza que son las mujeres en su mayoría, las que prestan cuidados a su familia: primero a los hijos y después a los padres. Pero cuando los dos ámbitos se confrontan, se sacrifica el cuidado de los mayores (González, 2008).

2.3 Perfil del envejecimiento

El perfil de morbimortalidad de la población envejecida en los países en vías de desarrollo comienza a plantear situaciones complejas, pues además de la enfermedad y la muerte atribuibles a causa de infecciones, los trastornos de tipo crónico degenerativo se han ubicado también en pocos años, dentro de los primeros lugares (Rodríguez, 1999).

Tres cambios principales traen consigo el proceso de envejecimiento en la población de acuerdo a Frenk (1991):

- 1.- Aumento de la importancia de los padecimientos crónicos-degenerativos.
- 2.- Desplazamiento de la carga principal de muertes y enfermedades de los grupos de edad más jóvenes a los de edad avanzada.
- 3.- Sustitución de la mortalidad por la morbilidad, como fenómeno predominante.

En relación con el proceso salud- enfermedad, en las personas de edad avanzada, se pueden distinguir las siguientes peculiaridades:

- Mayor fragilidad y susceptibilidad ante el medio (social, económico, físico, psicológico).
- Combinación de los efectos del envejecimiento con la aparición o agravamiento de procesos patológicos.
- Multimorbilidad, es decir, la confluencia de varias enfermedades en un mismo individuo.
- La combinación de enfermedades transmisibles y crónico –degenerativas.
- El aumento de los problemas de incapacidad o invalidez por la aparición de complicaciones o secuelas, como consecuencia de la disminución de la mortalidad, o por procesos patológicos iniciados en etapas más tempranas Rodríguez en (Millán, 2006).

En los últimos tiempos ha surgido un nuevo sector de la población con características propias denominado jóvenes – viejos – jóvenes, ampliando esta clasificación existente que divide a los adultos mayores en viejos – viejos y viejos – jóvenes. Este sector se

conformaría por aquellos que poseen entre 50 y 60 años, que se encuentran en una doble disyuntiva, de que a pesar de ser jóvenes psíquica y físicamente y con posibilidades de ser económicamente productivos, el mercado los ha expulsado, caracterizándolos como viejos improductivos. Son cronológicamente jóvenes, pero el sistema de protección social no está preparado para absorber la demanda de esta población, sin programas sociales alimentarios o planes de vivienda que los contenga, sumiéndolos cada vez más en una situación de marginación y de exclusión (Trujillo, 2008).

Factores socioculturales

Las diferencias sociales que originan los distintos modos de vida, determinan el proceso del envejecimiento. Así pues no se envejece igual en las ciudades que en el medio rural, y si bien hace un siglo vivir en la ciudad podía constituir un riesgo para la salud, hoy en día los recursos sanitarios están más al alcance de la población urbana, dotando de una mayor calidad de vida a los cada vez más años que dura el proceso de envejecimiento (Trujillo, 2006).

2.4 El adulto mayor y la familia

La familia constituye ser uno de los recursos más importantes de la población mayor. Es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los ancianos que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal, tiene un papel muy importante en las relaciones socio afectivas, ya que es la idónea para proporcionar sentimientos de arraigo, seguridad, confianza y apoyo social (Aparicio, 2008).

La familia es la institución donde se construye la identidad individual y social de las personas, abre los caminos para las relaciones entre las diferentes generaciones creadas al interior de la misma, sin perder de vista los valores culturales creados en ella para el desarrollo del proceso de socialización de cada uno de sus miembros (Revista punto de vista, 2003)

Hace poco más de 500 años, en la Ciudad de México, los adultos mayores eran los más respetados y sabios, los que curaban con sus remedios y hasta se comunicaban con los dioses. Ahora son discriminados de múltiples formas, empezando desde el hogar, donde su propia familia les grita, hoy la tendencia es verlos como improductivos, ineficientes, enfermos y decadentes, según el Consejo Nacional para Prevenir la discriminación (CONAPRED) (Martínez. 2007).

Actualmente, el adulto mayor es afectado en principio por abandono social – familiar, en combinación con el aislamiento, en donde se desplaza al sujeto a un margen de olvido como persona. Los lazos afectivos se rompen ocasionando un quiebre dentro de una familia, al igual que las personas afectadas.

Por otra parte, existe una inquietud dentro de los adultos mayores, que es la discriminación que sufren por parte de sus familias y la sociedad misma, en la que se ha generado una pérdida de valores tradicionales: la familia integrada como unidad básica y funcional de la sociedad (Gutiérrez, 2005).

Colé en (Hernández, 2009) afirma que la cultura, es el medio constituido de instrumentos en su doble dimensión material y simbólica, cuya función básica es coordinar a los seres humanos en el contexto y viceversa. Las familias que son la institución que conecta a los individuos y a la sociedad, desde el comienzo de la vida humana, cumple una función esencial para ambos. Con ello se puede decir, que las familias mexicanas se han desarrollado, como una familia nuclear, en donde los ancianos han jugado un papel principal y es la sociedad quien se ha encargado de mantener a los viejos bajo el cuidado de sus parientes.

La familia nuclear en México, es una familia compuesta por 4 o 5 miembros en promedio, donde el modelo tradicional de la misma, está compuesto por padre, madre e hijos, en el cual sigue habiendo lazos intrafamiliares muy importantes, que aunque los hijos crezcan y se casen, se comunican continuamente con ellos, y algunos continúan viviendo en el mismo techo familiar, existiendo una gran solidaridad, y valores de respeto hacia sus

progenitores. Pero conforme pasan los años, los hijos van formando sus propias familias y cuando los padres van envejeciendo, no encuentran cabida en los hogares de los hijos y por lo tanto se quedan solos (Rodríguez, 2006)

Por tradición en México, los hijos al conformar su propia familia ya no viven con sus padres, pero un gran número puede albergarlos en sus casas o irse a vivir con ellos, ya sea porque son divorciados, viudos o porque no cuentan con una vivienda. O también los hijos solteros se quedan a vivir con sus padres. Es así como surge el cuidador primario, es decir la persona que lo cuidará y atenderá en sus necesidades básicas, que por lo general es el sexo femenino el que predomina más. Tarea nada fácil en el mundo productivo, ya que en la actualidad, la mayoría de los integrantes de la familia trabajan o bien estudian, siendo difícil estar con ellos gran parte del día. Por lo que existen familias, que al no poder cuidar a sus ancianos, recurren a la contratación de personas que los atiendan y algunas con mayor posibilidad económica, llevan a su familiar a algún albergue. Pero ambas situaciones implican gastos que puede desestabilizar la economía familiar o simplemente, se les terminan los recursos (Rodríguez, 2006).

Otro factor que agrava la situación del anciano, es cuando el hogar en el que vive, no le pertenece, por lo que tiene que estar a expensa de lo que otros le indiquen, sin tener la libertad de decisión en sus actividades personales. Todas estas circunstancias, hacen que en determinado momento el adulto mayor sea una carga para la familia, aunado a ello está el factor de la improductividad, por lo que tienden a abandonarlo ya sea dentro del hogar o si padece de alguna enfermedad, lo llevan a alguna institución de salud y ahí lo dejan por un tiempo determinado.

2.5 Abandono en el adulto mayor

Según Ruiz (2004), El abandono es el desamparo o desatención física o afectiva y/o económica de que son objetos los adultos mayores, existiendo también la enfermedad y la soledad que hace que estos seres sean muy vulnerables.

Ruiperez y Llorente, (1996), define al abandono o negligencia, como la no administración de los cuidados o supervisión necesarios respecto a alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados.

La discriminación al adulto mayor existe en el sentido de que la sociedad esta muchas veces más orientada en priorizar los valores de la juventud; En algunos países se utiliza el término “ageism” (viejismo) para referirse a la discriminación en contra del anciano sobre la base de su propia edad, ya que esta se da más cuando el sujeto tiene más edad, lo que implica a ser mal atendido por la problemática de salud que va presentando y la infuncionalidad que va teniendo. Ocasionando con esto, que el anciano se sienta menos apto para incluirse dentro de la misma sociedad a la que una vez permaneció y sirvió en sus actividades diarias.

Otra situación discriminatoria, es cuando se confina al adulto mayor incapacitado en instituciones, porque su familia no quiere o no puede mantenerlo en casa. Para el anciano el hogar tiene un alto valor y la adaptación a un nuevo ambiente diferente al medio familiar en el que se encontraba, incrementa los riesgos de morbimortalidad (Romero, 2007).

El adulto mayor en algunas familias, es rechazado, aislado, se les ve frecuentemente como un estorbo del que tratan de deshacerse, por lo que se les interna en instituciones donde se cree que vivirán mejor y más cómodamente. Ello es consecuencia del ritmo de vida que les impone la sociedad a las familias, donde dedican poco tiempo a la atención y cuidados que aquellos requieren, con los que lo priva de estímulos muy importantes para que conserven su salud, así como el afecto, la seguridad y el respeto, creándoles con ello un sentimiento de inutilidad que aumenta fuertemente al momento en que se les ingresa a una institución (Hernández, 2004).

Según Oropeza (2005), Cuando la salud del adulto mayor se ve afectada, se enfrenta al riesgo del abandono por parte de los familiares, originando que los dejen solos en los hospitales. En muchas ocasiones, el abandono se da por la revancha de los hijos hacia los padres, cuando durante la infancia y la adolescencia aquellas recibieron malos tratos. Por

ello, al crecer, los hijos afectados llegan a desentenderse de los ancianos y los dejan a su suerte.

El problema de los adultos mayores, es que desde la misma familia y hasta la sociedad se les inutiliza, los hacen a un lado porque ya no producen, ya no pueden realizar las tareas que cumplían cuando eran adultos, ya no disfrutan de las condiciones en que viven debido a los constantes problemas que existen al interior de la familia, solo se dedican a existir, que es solo moverse y respirar. Por lo que en muchas ocasiones se hunden en una depresión que los hace sentir que ya solo deben esperar a que llegue la muerte (Cornejo, 2005).

La situación del adulto mayor se ha convertido en un problema social, pues está acompañado de pobreza, discapacidad, enfermedad, marginación y abandono. Las necesidades de salud de los ancianos van acompañadas, en muchos casos de inquietudes y dilemas entre ellos mismos y sus familiares, lo que representa una de las necesidades más sentidas en este grupo de vida.

La presencia de enfermedad o discapacidad, acompañadas de soledad, abandono, exclusión y fragilidad económica, coloca a las familias en situaciones críticas, pues en la mayoría de los casos, se trata de enfermos con más de un padecimiento y la atención medica significa egresos alto en la economía familiar y termina por agotar la paciencia y la reserva monetaria.

En el contexto de los roles sociales, donde el anciano era un personaje importante en la dirección política y cultural de la comunidad, se ha deteriorado; en la actualidad solo es una figura legendaria, el poder ahora está en manos de los jóvenes. Por lo que el adulto mayor una vez desplazado del poder, da paso a los nuevos roles que la misma sociedad les impone por la etapa de vejez en que están transitando, colocándolo en una situación de desventaja.

En el ámbito laboral, son segregados después de la jubilación; en la familia le son asignados roles de cuidadores de niños o vigilantes de la casa, sin embargo, es también una realidad que la discriminación y el abandono en el entorno familiar es de las más marcadas Mendoza, en (Padilla, 2005).

La mayoría, si no es que todos los ancianos, trabajaron durante su vida productiva, pero un gran porcentaje lo hizo en el sector primario, por lo que no cuentan con una pensión vitalicia, ni con servicios asistenciales, ni médicos, teniendo que recurrir para su atención a los servicios públicos que ofrece el gobierno. De acuerdo a datos de la CONAPO, más de la mitad de la población de 70 años vive en la pobreza y solamente un tercio percibe una pensión (Magally, 2003).

El tercio de la población adulta que se encuentra pensionada, recibe una cantidad raquílica para solventar sus necesidades básicas y aunque reciben atención médica institucionalizada, hay ocasiones en que tienen que comprar sus medicamentos. La jubilación debería ser una etapa en que el individuo pudiera disfrutar de su tiempo, de dinero y poder realizar otras actividades que no pudo hacer en su vida activa. El jubilado se encuentra en ocasiones en un estado de soledad, ya sea porque enviudo, está separado y sus hijos no están con él o no los tiene. Esto trae como consecuencia, desequilibrio en todas sus actividades cotidianas, lo que repercute tanto en lo psicológico como en lo social (Aromando, 2003).

Las situaciones antes descritas, son unas de las muchas que existen a diario en perjuicio de los adultos mayores, situación que repercute en la familia y la sociedad en la que está inmerso. Existe una pérdida de identidad, de valores dentro de la familia, se extingue la historia que se transmite verbalmente, la sabiduría que es adquirida a través de los años por el adulto mayor.

2.5.1 Tipos de abandono

El National Aging Resource Center en (Romero, 2007), clasifica el abandono en el anciano de la siguiente forma:

- Físico: Actos de violencia que causan dolor, daño o lesión, deterioro o enfermedad, alimentar por la fuerza y uso inapropiado de restricciones físicas o medicación.
- Psicológico o emocional: Conducta que causa angustia mental; cuando los mayores se convierten en dependientes económicos, físicos y emocionales de sus hijos, muchas veces se invierten los roles. Esto los coloca en una situación de riesgo, si se trata de una familia con características violentas, el anciano puede ser víctima de conductas autoritarias y humillantes.
- Económico: Abuso del dinero o bienes de la persona anciana para ganancia personal del abusador. Provocando este tipo de abuso, el dejar al adulto mayor sin posibilidad de decidir en qué gastar su dinero; incidiendo esto en la pérdida de su autonomía. Dando lugar a que no satisfagan sus necesidades básicas de alimentación y salud, porque han sido despojados de sus ingresos.
- Negligencia: Fallo del cuidador para proveerle las necesidades básicas de la vida diaria, física, emocional y financiera.
- Negación: Anciano que rehúsa necesidad de ayuda en varias actividades diarias y no se le persuade para cumplirlas.

2.6 Percepción del adulto mayor

Dentro del marco de la calidad de vida la OMS en (Selva, 2006) define:

- La percepción como la que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.
- La percepción es un proceso de adquisición de la información a través de la integración estructurada de los datos que proceden de los sentidos (Diccionario de psicología, 2006).
- García, 2009. Define la percepción como la capacidad activa (constructiva) de captar objetos, organizándolos y dándoles un sentido. La percepción implica un proceso de atención, selección, organización, integración e interpretación de las sensaciones recibidas.

Según Oviedo (2004), La percepción es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual los sujetos captan información del entorno, la razón de esta información, es que usa la que está implícita en las energías que llegan a los sistemas sensoriales y que permiten al individuo formar una representación de la realidad del mismo. Es un proceso adaptativo y base de la cognición y la conducta.

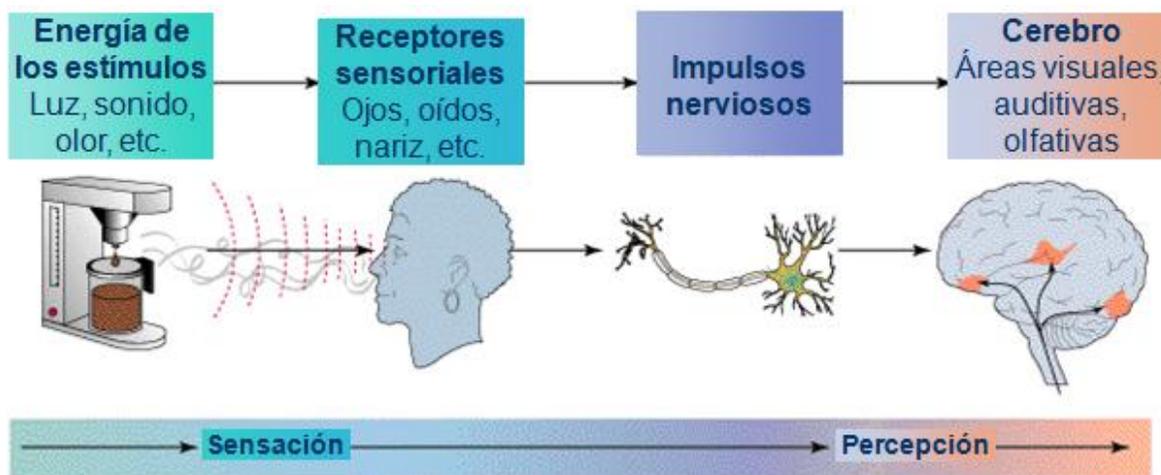
La forma en la que se adquieren los conocimientos, está ligada no solo a la recepción de los estímulos, sino a la organización e interpretación que se les da; es decir, en la forma de cómo se percibe el mundo. La piel es nuestra frontera, es un límite entre el interior de nosotros mismos y el ambiente exterior; la piel es el órgano del tacto y, al igual que los otros sentidos, la vista, el oído el gusto y el olfato, son las puertas por donde penetra el mundo a nuestro ser. Por ello, cuando las sensaciones se integran al cerebro de un individuo, se dice que son percepciones a las cuales ya se les puede dar una interpretación con base a la experiencia y los conocimientos acumulados. Por lo tanto la percepción es la interpretación que hacemos de una sensación, a la que otorgamos una organización y un significado.

Los componentes de la percepción son.

- Las sensaciones o el estímulo físico que proviene del medio externo, en forma de imágenes, sonidos, aromas, etc.
- Los imput internos que provienen del individuo, como son las necesidades, motivaciones y experiencia previa, y, que proporcionaran una elaboración psicológica distinta de cada uno de los estímulos externo.

Las sensaciones se refieren a las respuestas inmediatas básicas, generadas por estímulos aislados simples a través de los órganos de los sentidos. Esta concepción supone la relación entre tres elementos que son: un estímulo, un órgano sensorial y una relación sensorial, Feldman, 1999 citado en (Mesa, 2007).

Figura 2.1 Proceso de sensación - percepción.



Fuente: Sensación y Percepción. Andrade 2007

Definidos los conceptos, Según Mendoza (2005), refiere que la percepción o el concepto que cada individuo tienen de la vejez, es una construcción cultural que involucra las formas de parentesco, la economía, la salud, la capacidad funcional, los modelos de conducta, la educación, la religión, la marginación, la ética la política y otros ámbitos de la organización social y cultural. Con esto se puede decir que los elementos que predominan y caracterizan la vida cotidiana del adulto mayor son la soledad y la marginación como

consecuencia de la indiferencia familiar y social en que se encuentra. Considerando con frecuencia que a la vejez se le interprete como sinónimo de enfermedades indeseables, con proximidad a la muerte, pobreza y abandono.

En lo que respecta a la institucionalización, el adulto mayor percibe que dentro de su familia existe un rechazo y una tendencia a aislarlo, sintiendo que es un estorbo del que tratan de deshacerse. Siendo que por lo regular no desea en su mayor parte vivir en un hospital. Creando en ello con esta problemática, una sensación de abandono, soledad, depresión, incomunicación con su familia y un sentimiento de inutilidad (Hernández, 2004).

Este aspecto subjetivo hace referencia a la percepción personal sobre el propio estado de salud del adulto mayor, en el que en su mayoría se considera sano, a pesar de la presencia de sus problemas crónicos que presenta.

Según Lehr (1980), factores como la situación afectiva y social de las personas, influyen sobre la percepción que tienen de sí mismas. De este modo resulta que percepciones negativas de uno mismo nos conducen a situaciones de enfermedad, mientras que visiones más positivas aportan sensaciones de bienestar y de salud (Morín, 2003)

Envejecer exige una adaptación desde el punto de vista biológico e intelectual como social y afectivo. Por lo que el equilibrio que se tenga entre lo realizado y lo que pudo hacerse, suele imprimir a la vejez un carácter positivo o negativo. Refiriendo con esto, que este fenómeno no es estático, sino dinámico y complejo, el cual está enmarcado en las diferentes situaciones culturales y sociales (Mayoz, 2008).

Erickson creía, que aunque las funciones del cuerpo a esta edad se debilitaban, la gente debía mantener cierto compromiso con la sociedad, que la integridad de las personas se basaban en las reflexiones que estas hacían sobre su vida. Es en esta etapa donde surge un distanciamiento social, a veces provocado por sentimientos de inutilidad o frustración debido a que ya no pueden realizar actividades que antes acostumbraban o simplemente

porque su vida laboral termina a esta edad. Aunado a esto, esta la aparición de enfermedades relacionadas con el envejecimiento, donde surgen los temores, como el sentirse cercano a la muerte, a la soledad, a la viudez; donde muchos empiezan a perder amigos, a sus conyugues e incluso a sus mismos hijos. Todos estos factores afectan la percepción del adulto mayor sobre su propia existencia

Hablar de percepción involucra un mundo derivado de los sentidos, en los que el proceso en cada uno de los individuos será diferente. El proceso de la percepción de acuerdo a Hermann Von Helmholtz, es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior a modo de hipótesis.

Mediante la percepción, la información recopilada por todos los sentidos, se procesa y se forma la idea de un solo objeto. Así entonces puede ser que una persona viviendo experiencias similares a otra, tenga una visión totalmente distinta sobre la misma porque su proceso de percepción es producto de su interpretación personal (Herrera, 2008).

Los individuos interpretan situaciones cotidianas de distintas formas según el papel que interpretan dentro de la sociedad, estas situaciones o influencias ambientales abarcan los campos de empleo, hogar, relaciones y, si alguna de estas no es satisfactoria, hará que la persona se frustre y llegue a caer en depresión (Herrera, Romero, González, 2008)

Figura 2.2

Integración holística del ser humano.

El adulto mayor debe ser considerado como un ser integrado y holístico, es decir tomando en cuenta no solo desde lo que puede realizar desde su intelecto, también como interactúa con las emociones y con los demás socialmente, generando o construyendo su autoconocimiento que apunte a vitalizar sus capacidades y estimular sus limitaciones para poder crecer desde su interior (Selva, 2006).



Fuente: Concepto Holístico; Ferrer. 2007

Las personas adultas consideran la vejez triste al asociarla con la muerte, debido a que tarde o temprano llega a todos los individuos. El ser humano va superando las distintas etapas de tal forma que logra esquivarlas, mas los adultos mayores enfrentan la situación con serenidad y no piensan en la muerte tanto como se cree; porque ellos enfrentan circunstancias de la vida más amenazadoras que la propia muerte.

Todo esto conduce a ver a los adultos mayores y a la vejez de la forma que sigue, al considerar que ellos son un grupo social que más que aportar a la realidad social, molestan, lo cual hay que cambiar y revertir la forma de pensar que tiene la sociedad sobre ellos. En la actualidad la percepción tanto de los viejos como de la vejez, es rígida, sesgada, negativa e incluso despectiva, por lo que hay que cambiar dicha visión, reflejándose en la frase siguiente “las cosas son peores para mi, conforme envejezco” (Padilla, 2005).

2.6.1 Teoría de la percepción de la Gestalt.

Para fundamentar este estudio sobre la percepción del adulto mayor, se toma en cuenta el conocimiento que dicta la Escuela psicológica de la Gestalt, surgida en Alemania a principios del siglo XX, cuyos fundadores fueron los psicólogos Max Wertheimer, Kurt Koffka y Wolfgang Kohler, donde su teoría de la percepción está basada en la relación Figura – Fondo y la ley de la buena forma, en lo holístico (que lo abarca todo). Refiriendo que la percepción debe estudiarse no analizando unidades aisladas como las sensaciones simples, sino tomando en cuenta el todo o sea la totalidad. Reconociendo que la mayoría de los estímulos son organizados a través de la experiencia sensorial (vista, audición, olfato, gusto y tacto).

Esta teoría encuadra en el movimiento de la psicología humanista. Comparte con este movimiento la visión que tiene el hombre como un individuo con recursos que le serán favorables para su salud y su desarrollo optimo en el presente y el futuro, en un entorno inmerso dentro de situaciones interrelacionales con otros individuos y el entorno en que vive.

La concepción holística del hombre toma en cuenta el funcionamiento de su cuerpo, sus emociones, pensamientos, cultura y sociedad como una unidad. El todo es más que las sumas de las partes (Harriague, 2008).

Koffka, Kolher y Weettheimer, refieren que en todo campo perceptivo se diferencia una figura y un fondo. Las partes de un diseño se organizan con respecto a una figura y sobre un fondo; cuando dos aéreas comparten un límite común, la figura es la forma distintiva con bordes claramente definidos. El fondo es lo que sobra, lo que está por detrás.

Edgar Rubín (1915 – 1958), psicólogo Danés, fue uno de los primeros en intentar poner en claro lo que constituye la figura, en oposición al fondo, llegando a las siguientes conclusiones:

*El fondo parece continuar detrás de la figura.

*La figura parece que está más cercana a nosotros, con la localización clara en el espacio.

*Por el contrario, el fondo se encuentra más alejado y no tienen una localización bien definida, simplemente esta en algún sitio en la parte posterior.

*La figura es dominante y nos impresiona más que el fondo, se recuerda mejor y se asocia con un mayor número de formas. Según Rubín, la figura parece dominar el estado de conciencia y el fondo parece formar parte del espacio general (Oviedo, 2004)

La percepción no es un hecho objetivo, sino subjetivo. Depende de factores objetivos (estimulo, lugar, forma, contexto), pero también de factores subjetivos del sujeto, quien aísla la percepción según sus necesidades e historia.

La Gestalt toma el hecho de que la existencia precede a la esencia, yo soy la existencia, no la tengo; presta atención a la existencia concreta, individual y única en el hombre. Ante esto, se puede decir que la existencia del adulto mayor en el seno familiar se vuelve invisible, se le aísla y no se le toma en cuenta.

Según esta teoría un sistema es un conjunto de elementos que pueden ser diferentes, donde cada uno tiene una función diferenciada, pero el funcionamiento es integrador y mantiene un equilibrio. Si no hay interrelación, no es un sistema sino un conjunto. Cualquier cambio en algunos de sus componentes genera un cambio en los otros (Harriague, 2008).

Refiriendo con esto, que el abandono social de los adultos mayores enfermos, es una cuestión cultural, social y afectiva y solo se puede lograr un cambio de mentalidad si desde los niños, jóvenes y adultos, se modifica la educación y percepción de la vejez y relaciones familiares, destacando el valor de los ancianos (Oropeza, 2006).

Constatando que el aumento de la edad, tarde que temprano y según los factores personales y sociales que influyen en el envejecimiento, se presenta la enfermedad crónica, que no se resuelve con terapia médica en un corto plazo, ni por procedimientos quirúrgicos. La enfermedad crónica va deteriorando paulatinamente a la persona hasta llevarla a un estado de dependencia. Requiriendo estos problemas múltiples fuentes de cuidados y apoyo (familiar, de enfermería, rehabilitación, ayuda psicológica, de trabajo social, entre otros) (Zea, 2007)

2.7 Papel de la enfermera ante la percepción de abandono del adulto mayor.

Actualmente hablar del papel de la enfermera en el cuidado al paciente adulto mayor con percepción de abandono, es pensar en este concepto como el eje de la profesión de enfermería, identificado en el trabajo realizado por Florencia Nightingale, donde su origen está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, identificándole como un recurso que tienen las personas hacia la proporción de los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y /o enfermedad y su reintegración a su seno familiar Collier en (Luevano, 2008).

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), en relación con la atención, afirma que las enfermeras (os), en colaboración con las familias y con otros profesionales de la salud, tienen una función clave que desempeñar en los cuidados a las personas mayores, máxime si está hospitalizado y depende de otro (s) para sus cuidados. Para Leininger, los cuidados profesionales de enfermería son: “Todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente para ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir atención personalizada. Significando esto como la praxis de la enfermera que esta soportada en una interacción humana con la persona enferma y con su familia para que se apropien del cuidado de sí mismo y el cuidado del otro (Zea, 2007).

Según Quintanilla (2007). Los cuidados en las personas ancianas deben de ser integrales, es decir, deben de tener en cuenta los factores biopsicosociales que intervienen en la evolución de su proceso patológico. Al anciano hay que observarle como un ente biopsicosocial. Bio, por el propio proceso de envejecimiento que se caracteriza por las limitaciones articulares y el deterioro físico de su organismo; Psico, se refiere a las alteraciones del comportamiento, alteraciones cognitivas, etc., y el Social, que determina la pérdida del rol social, aislamiento y la soledad etc. Aunado a esto, la intervención de enfermería en el adulto mayor debe de ser integral para poderlo cuidar en toda su amplitud.

El envejecimiento es una evolución progresiva, lenta e irreversible, la muerte es el final del crecimiento. Cada uno envejece de diferentes formas, influyendo para ello, factores genéticos, estilos de vida, alimentación, etc. Por todo ello, las enfermeras (os) deben enseñarles, acompañarlos, motivarlos y aceptarlos en su proceso de envejecimiento poniendo más atención en aquellos adultos mayores que se perciben abandonados para ayudándolos a su reintegración al seno familiar, ya que la vejez es una etapa más del individuo, donde no es ni mejor, ni peor, pero si distinta. Cuidar ancianos, requiere aptitud, actitud, capacidad, comprensión, habilidad y valores humanos (Viladrich, 2003).

2.8 Estudios relacionados con el abandono del adulto mayor

El crecimiento vertiginoso de este grupo poblacional obliga a los gobiernos a enfrentarse a diversos problemas debido a la falta de servicios institucionales adecuados para este grupo, y a que la misma sociedad carezca de la capacidad para ofrecerles la atención que requieren.

Según un estudio Costarricense del Seguro Social, la carencia de redes de apoyo, la discapacidad física o mental, las enfermedades crónicas y la condición de pobreza básica, son algunas de las razones del por qué 700 personas fueron abandonadas en los hospitales públicos durante el 2006; el estudio muestra también que estas personas presentan una serie de situaciones de soledad, exclusión, vulnerabilidad y aislamiento (Luis E. Solís Montoya, 2007)

En Chile, según antecedentes del muestreo de salud, en el Hospital Regional de Concepción, se registró un promedio de 6 a 8 ancianos abandonados mensualmente, los cuales son ingresados sin recibir visitas durante su hospitalización y al ser dados de alta, no existe ningún familiar que vaya por esta persona. Al ser llevado a su domicilio, los familiares no lo quieren recibir. Los factores que influyen para el abandono de ancianos en este país, son: pobreza, conflictos familiares para el cuidado del anciano, por lo que lo que lo consideran un estorbo y la falta de redes sociales (González, M. 2008)

Estudio hecho en Lima Perú, con respecto “Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares”, describen que los causales de ello son: el abandono moral y espiritual, soledad, humillación, aislamiento, económico (Roldan A V. 2008)

Según estudio realizado en la Comunidad Autónoma del País Vasco, el abandono de adultos mayores esta a la orden del día, por lo que están colapsando los hospitales y las listas de espera para residencias públicas de ancianos. Esto ocurre más en la época veraniega. La causa es que no se pueden hacer cargo de ellos, argumentando que tienen que salir de vacaciones, por lo que dejan un teléfono, por si sucede algo, que llamen a ese número (López J, 2003)

Estudios hechos en Madrid, describen que el fenómeno del abandono se produce a lo largo de todo el año y no solo en vacaciones. Las causas fundamentales vienen siendo los cambios de condiciones de la vida cotidiana, como son; las casas con espacios muy delimitados, el factor socioeconómico y la carga que ocasiona un anciano a la familia que no está enfermo, aunque padezca los achaques de la vejez, la falta de una red asistencial, ocasiona el abandono del adulto mayor en los hospitales (Manzano Andrés, 2008)

Con respecto a México, un estudio realizado en las zonas marginadas del Distrito Federal, desarrollado por los Servicios de Salud Pública, en cuanto a la situación del adulto mayor, muestran que existen adultos mayores que no tienen familia, viven solos y no tienen quien los cuide, otros a pesar de que tienen familia, se sienten solos y olvidados, no se ocupan de ellos a pesar de que viven en la misma casa y no les tienen paciencia, por lo tanto, existe la discriminación y el deterioro en las relaciones con su entorno social y familiar (Mendoza F, 2000).

En un estudio realizado en la Clínica de la Amistad del Hospital ABC de la Ciudad de México, se indica que son muchas las causas por las cuales se confina, relega o se llega al abandono de un anciano (a), entre ellas se destaca la percepción: que la familia lo vea como una carga emocional y /o económica, también se encontraron casos en que el anciano es abandonado tras despojarlo de sus bienes y pertenencias por su propia familia (Picardi P, 2008)

En Guadalajara Jalisco, en el Antiguo Hospital civil, se realizó un muestreo estadístico, el cual describe que aproximadamente 30 adultos mayores son abandonados mensualmente, de los cuales 10 son pacientes psiquiátricos o con enfermedades crónico degenerativas. Los causales son el abandono porque nadie los quiere, el despojo y el factor económico (Saavedra V. 2006.)

En Chihuahua, las estadísticas oficiales, indican que el 75 % de la población total de adultos mayores padecen de abandono por la indiferencia de los familiares, la pobreza, la falta de redes sociales, la ingratitud, irresponsabilidad e infraestructura necesarias (González M, 2005)

La falta de orientación para atender los padecimientos y las limitaciones físicas de los adultos mayores, los convierte en una carga para toda la familia y, aunado a ellos se encuentran otros factores que pueden condicionar el abandono familiar, como pueden ser el aspecto social, económico, psicológico y cultural.

Guerrero es uno de los estados de la República Mexicana más pobres, con población marginada y zonas indígenas con grandes carencias, entre las que destacan la falta de atención a la salud; a la fecha, los problemas de acceso a los servicios de calidad así como las barreras sociales, económicas y culturales, son las limitantes para su atención, sobre todo para los grupos más marginados (CONAPO 2005).

Éstas barreras son evidentes entre los grupos marginados, con situación económica inestable y mayor cantidad de hijos; de esta forma, el acceso a los servicios de salud pudiera verse limitado por factores económicos y socio- culturales. Así es posible que el abandono de adultos mayores hospitalizados se deba al estado de pobreza que conlleva a la falta de recursos para mantener, sostener y cuidar de éste tipo de pacientes.

2.9 Leyes en que se apoya el estudio.

El hecho de que existen cada vez más personas de edad avanzada en comparación con la cantidad de jóvenes, a propiciado la implementación de programas de salud y protección diseñados para ésta etapa de vida (adulto mayor), al mismo tiempo que leyes que les protejan, como:

*Ley de Protección del Adulto Mayor Mexicana. (2002), que en su “Título 3°. Artículo 9° Menciona:

Que la familia de la persona mayor deberá cumplir su función social, por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas que formen parte de ella, siendo responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral, y tendrá las siguientes obligaciones para con ellos:

I.- Otorgar alimentos de conformidad con lo establecido en el Código Civil.

II. Fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde la persona adulta mayor participe activamente, y promover al mismo tiempo los valores que incidan en sus necesidades afectivas, de protección y de apoyo.

III. Evitar que alguno de sus integrantes cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos” (Ley de los Derechos Humanos de los adultos mayores, 2002); no obstante, la realidad muestra en muchos casos, que éste tipo de paciente es abandonado u hospitalizado por sus familiares, quienes además, proporcionan datos falsos la mayoría de las veces con la intención de no ser localizados cuando se da de alta su familiar.

*Ley General de Salud (última reforma abril 2009).

Titulo Quinto, referente a la investigación para la salud, Capitulo Único.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollara conforme las siguientes bases:

1.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos en la ciencia médica.

II.- Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III.- Podrá efectuarse solo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgo ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizara la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez

enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V.- Solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

VI.- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto, en quien se realice la investigación.

*Norma Oficial Mexicana NOM-167 – SSA1 – 1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

* Código de ética, para las enfermeras y enfermeros en México (Comisión Interinstitucional de enfermería, 2001).

III. METODOLOGIA

3.1 Tipo y diseño del estudio

La presente investigación, según Hernández, (2006), es transversal, descriptiva, porque se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo dado para describir las variables, sobre la percepción del adulto mayor hospitalizado en cuanto al abandono por su familia. Para la valoración de variables se utilizaron algunos instrumentos geriátricos ya diseñados, y validados de acuerdo a los objetivos planteados en este estudio.

3.2 Universo y Muestra

El universo de estudio, estuvo conformado por 100 adultos mayores que fueron hospitalizados en los servicios de urgencias y medicina interna del Hospital General “B” del ISSSTE de Acapulco Guerrero, en el periodo del mes de diciembre 2008 al mes de febrero 2009.

No se llevo a cabo ningún tipo de muestreo, dado que se captó a toda la población de adultos mayores de 60 años que fueron internados en los servicios de urgencias y medicina interna del Hospital General “B” del ISSSTE de Acapulco Guerrero, en el periodo del mes de diciembre 2008 al mes de febrero 2009.

Para la elegibilidad de los participantes se consideraron los siguientes criterios:

* De inclusión:

a) Adultos mayores que desearon participar y firmaron la carta de consentimiento informado.

* De eliminación:

a) Adultos mayores que por su estado de salud, una vez iniciado el estudio tuvieron limitaciones para concluir la entrevista.

Tipo de variables:

Sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, número de hijos, lugar de residencia, religión, escolaridad, empleo, ingreso económico, vivienda)

Estado de salud: (padecimiento crónico degenerativo, padecimiento actual)

Abandono Hospitalario: (quien lo hospitalizo, se responsabilizo de usted, proporcionaron material de uso personal, días de hospitalización, días de alta, visitas, número de visitas, persona que más lo visita, apoyo hospitalario)

Abandono en el Hogar: (con quien vive, con quien comparte su dormitorio, tipos de relación con los familiares, ocupación de la persona que lo cuida, requiere para comer, ayuda)

Percepción de Abandono: (la persona que lo acompañó, se responsabilizo de usted, proporcionando datos verdaderos para su localización, la persona que lo hospitalizo le trajo el material de uso personal, desde su internamiento en el hospital su familia se organizó para cuidarlo, ocupa usted un lugar de respeto y preferencia en su familia, se interesa y preocupa su familia por sus problemas de salud, está satisfecho con la forma en la que la familia le expresa afecto y responde a sus sentimientos como enfado, tristeza y amor, recibe ayuda familiar en cuanto se refiere a cuidados y mantenimiento de su salud cuando está en casa, existe buena comunicación con su familia, recibe asistencia médica de control, asiste solo a sus visitas medicas de control, su familia tiene tiempo de para cuidarlo, se siente abandonado por su familia, tiene a alguien que se encargue todos los días de cuidarlo, la persona encargada de cuidarle lo maltrata).

3.3 Método

Técnicas empleadas: la entrevista cara a cara y la técnica de registro de datos

En base al concepto que se tiene de abandono, se diseñó una escala de percepción de abandono del adulto mayor con 14 preguntas en escalas de cotejo, cuya puntuación final se maneja en escala Likert (Hernández. 2006), la cual muestra el grado de abandono del adulto mayor.

Procedimiento para recolectar la información

- Gestión de permisos por escrito con las autoridades del Hospital General “B” del ISSSTE de Acapulco Guerrero, para la aplicación de cuestionarios a los adultos mayores hospitalizados en los servicios de urgencias y medicina interna.
- Presentación del protocolo de investigación al personal directivo de la Institución.
- Previo a la recolección de la información, se realizó una prueba piloto los días 11 y 12 de noviembre del 2008, en el Hospital General de Acapulco Guerrero de la Secretaría de Salud (SS) para modificar, ajustar y mejorar el instrumento.
- Se capacitó al personal colaborador, para el dominio del instrumento, los días 27 y 28 noviembre 2008.
- Se seleccionaron a los adultos mayores hospitalizados a través del personal colaborador previamente capacitado, seleccionando sólo a los que cubrían con los criterios de inclusión, invitándolos a participar, proporcionándole información sobre los objetivos del estudio, dándoles a conocer el contenido de la carta de consentimiento informado para su firma de autorización, haciéndole ver que todos los datos se manejan de forma confidencial, tomando en cuenta para ello los aspectos éticos y bioéticos que rigen a la profesión de enfermería.
- Las entrevistas se realizaron por medio de cuestionarios estructurados, con preguntas abiertas y cerradas. Instrumentos diseñados para la evaluación geriátrica que ya se tienen, los cuales permitieron evaluar la funcionalidad del adulto mayor, condiciones patológicas, condiciones sociales, económicas, afectivas y familiares, que permitió conocer los factores y tipo de abandono que tiene el sujeto, adaptando

algunas preguntas a la escala de KATS, a la escala de Lawton Brody y la escala de recursos sociales (Anexo 1). Así mismo se diseñó una escala para medir la percepción del adulto mayor hospitalizado sobre el abandono de sus familiares, tomando como base la escala de Liker para su medición final (Anexo 2).

- La entrevista fue directa, leyendo las preguntas al adulto mayor y anotando sus respuestas, realizándose dicho procedimiento en dos etapas para no cansarlo.
- El procedimiento de registro, inicio con las características condicionantes básicas de abandono del adulto mayor, como son los indicadores que se abordan como: Sexo, edad, estado civil, escolaridad, dependencia económica, ingresos económicos, casa donde vive, cantidad de dinero mensual que percibe, con quien vive, cuántos hijos tiene, persona que le proporciona cuidados en su casa, ocupación de la persona que lo cuida.

En lo que respecta a condicionantes físicas, están los padecimientos crónicos degenerativos; Se utilizó la escala de Lawton Brody para evaluar las actividades de la vida diaria instrumentales (comprar, preparar alimentos, realizar trabajos en la casa, manejar finanzas, lavar ropa y responsabilidad en el manejo de la medicación), criterio que determina independencia del adulto mayor y para evaluar la funcionalidad del adulto mayor, se utilizó la escala de KATZ. En lo referente a condicionantes sociales de abandono, se utilizó la escala de recursos sociales, para evaluar los condicionantes de abandono por parte del cuidador, utilizando los indicadores de: salud física, si vive con el adulto mayor, parentesco, y horario en que lo cuida, retomados de González (2002).

Se diseñó y aplicó una escala de percepción de abandono en el hospital, con los indicadores siguientes: persona que lo acompañó al hospital proporcionó datos verdaderos, le trajo el material de uso personal, la familia se organizó para cuidarlo, lo visitan en el hospital y le ayuda en sus necesidades básicas, en la familia ocupa un lugar de respeto, existe preocupación de la familia por los problemas de salud del adulto mayor, se siente satisfecho con su familia, recibe cuidados de su familia cuando está enfermo, existe la

buena comunicación con la familia, tiene asistencia médica y lo acompañan en su visita al médico, se siente rechazado y abandonado por su familia, siente que es una carga para ellos.

Supervisión y control

Se realizaron reuniones periódicas con el personal colaborador en la aplicación de los cuestionarios, para la aclaración de dudas en la recolección de la información.

Se realizaron revisiones en el instrumento para identificar sesgos o errores, para en caso necesario rectificar o recabar nuevamente la información.

3.4 Análisis estadístico

Concluida la fase de recolección de información, se realizó la captura de datos usando el paquete SPSS versión 17 para obtener los cuadros de frecuencia simple y los cuadros de relación, los cuales se elaboraron en Excel y para su presentación se realizaron en Word las gráficas de barra y las gráficas de pastel para posteriormente hacer el análisis descriptivo de las variables de abandono y percepción del adulto mayor; con la escala que se construyó de la percepción de abandono de los adultos mayores se elaboró la gráfica de barras que permitió describir el grado de percepción que tienen los adultos en estudio.

Para hacer el análisis de percepción de abandono del adulto mayor por sus familiares, se seleccionaron las preguntas: 23, 24, 25, 40, 41, 42, 44, 54, 70, 72, 81, 94, 95, 100, de relación al 86, 91, 92. Las cuales permitieron diseñar la siguiente Escala.

Cuadro 3.1 Escala de percepción de Abandono del Adulto Mayor sustentado en la teoría de Gestalt.

No.	INDICADORES	SI	NO
1	¿La persona que lo acompañó, se responsabilizó de usted, proporcionando datos verdaderos para su localización?	0	1
2	¿La persona que lo hospitalizó le trajo el material de uso personal?	0	1
3	¿Desde su internamiento en el hospital, su familia se organizó para cuidarlo?	0	1
4	¿Ocupa usted un lugar preferente de respeto en su familia?	0	1
5	¿Se interesa y preocupa su familia por sus problemas de salud?	0	1
6	¿Está satisfecho con la forma en la que la familia le expresa afecto y responde a sus sentimientos como enfado, tristeza y amor?	0	1
7	¿Recibe ayuda familiar en lo que se refiere a cuidados y mantenimiento de su salud cuando está en casa?	0	1
8	¿Existe buena comunicación con su familia?	0	1
9	¿Recibe asistencia médica de control?	0	1
10	¿Asiste solo a sus visitas médicas de control?	1	0
11	¿Su familia tiene tiempo para cuidarlo?	0	1
12	¿Se siente abandonado por su familia?	1	0
13	¿Tiene a alguien que se encargue todos los días de cuidarlo?	0	1
14	¿La persona encargada de cuidarle, lo maltrata?	1	0

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Zúñiga y Pasquel 2008.

Indicadores de Abandono.

0-2	No se percibe abandonado.
3-5	Ligeramente abandonado
6-8	Medianamente abandonado.
9-11	Muy abandonado.
12-14	Totalmente abandonado.

El concepto de abandono indica que este se define cuando la persona presenta alguno de las siguientes características:

Carencia de familia.
Rechazo familiar.

De esta manera se consideraron indicadores para cada una de las características, y se utilizó la escala de cotejo para indicar la ausencia o presencia de la característica. Para poder medir

la validez del instrumento utilizado se aplicó la prueba estadística de Alfa de Cronbach obteniendo los resultados siguientes.

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$
$$\alpha = \left[\frac{14}{13} \right] \left[1 - \frac{3.029}{17.09} \right] \quad \alpha = 0.8947$$

Probando con esto la fiabilidad de la escala de Percepción de abandono que tienen los adultos mayores.

Para identificar el abandono social, físico del hogar y del hospital se utilizaron la escala de Lawton Brody, la escala de recursos sociales y a la escala de KATZ .

3.5 Ética del estudio

En el presente estudio de investigación, se consideraron los aspectos éticos establecidos en los lineamientos y principios generales del reglamento de la Ley General de Salud en México, en materia de investigación para la salud, del cual se citan: Título segundo en su capítulo I, artículo 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22; capítulo V, artículo 57.

El artículo 16, habla de la privacidad del individuo que debe ser protegida, por lo que la confidencialidad y el anonimato se mantendrán, utilizando abreviaturas en las encuestas aplicadas.

Artículo 17, este artículo menciona los riesgos y beneficios tanto individuales como colectivos, comprometiéndose el investigador a garantizar que los daños previsibles serán evitados, por lo que esta investigación fue considerada sin riesgo, ya que se aplicaron cuestionarios abiertos y entrevistas semi – estructuradas, no realizando ninguna intervención o modificación intencional en los elementos físicos, psicológicos y sociales de los sujetos de estudio, además de garantizar de que la información no se utilizara con otros fines que no sean el objetivo de la investigación.

El artículo 18, menciona el derecho a la libre participación y a retirarse en cualquier etapa de la investigación, lo cual fue informado a los participantes. A todos los adultos mayores que decidieron participar en el estudio, se les solicitó el consentimiento informado y por escrito (anexo 4), asegurándoles el trato confidencial de los datos proporcionados, así como el respetar la decisión de no participar en el estudio y no contestar cualquier pregunta que no deseara.

Artículo 21 y 22, determinan que para llevar a cabo el consentimiento informado, el sujeto de estudio debe recibir una explicación clara y completa sobre los objetivos y propósitos de la investigación, así como también los procedimientos y técnicas que serán utilizados, las molestias y beneficios esperados, garantizando la respuesta o explicación que el participante solicite en cualquiera de las etapas.

La ley General de Salud, (reformada 2009), señala que todos los ciudadanos tienen derecho a que cualquier intervención terapéutica, se realice con un consentimiento informado previo. El consentimiento informado tiene tres elementos fundamentales, que son:

- 1.- Información: Implica que el profesional facilite al adulto mayor información que incluye los datos más relevantes para la toma de decisiones. Esta información debe ser comprensible y adecuada al nivel cultural de la persona.
- 2.- Voluntariedad: El enfermo debe tomar la decisión de manera libre y en ausencia de cualquier tipo de presión o coacción.
- 3.- Capacidad: Se entiende que, para que pueda existir consentimiento informado, el adulto mayor no debe padecer una alteración en sus funciones psíquicas que repercuta en sus habilidades para tomar una decisión (Trujillo. 2007).

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se entrevistaron a 100 adultos mayores de 60 años, ingresados en el servicio de urgencias y medicina interna del Hospital General “B” del ISSSTE de Acapulco Guerrero, para conocer la percepción de abandono que tienen por sus familiares, agrupando los datos obtenidos de acuerdo al cuestionario realizado en base a los objetivos planteados en el estudio.

Describiendo primeramente las características sociodemográficas de los adultos mayores en estudio, con los siguientes resultados: Desde el punto de vista clínico y epidemiológico de la clasificación de la vejez, el grupo de adultos mayores en cuestión de edad que mas predomino fue el de 60 a 69 años que se encuentran en el rango de los viejos - jóvenes con 46 %. En cuanto al sexo no hubo gran diferencia en los porcentajes, ya que el 51 % correspondió al sexo femenino y el 49 % al sexo masculino. En lo que respecta a su condición civil, resaltaron los viudos (as) con 51%, y los casados con 34 %. En lo que se refiere a escolaridad, se encontró que 27 % son analfabetas. (Cuadro 4.1).

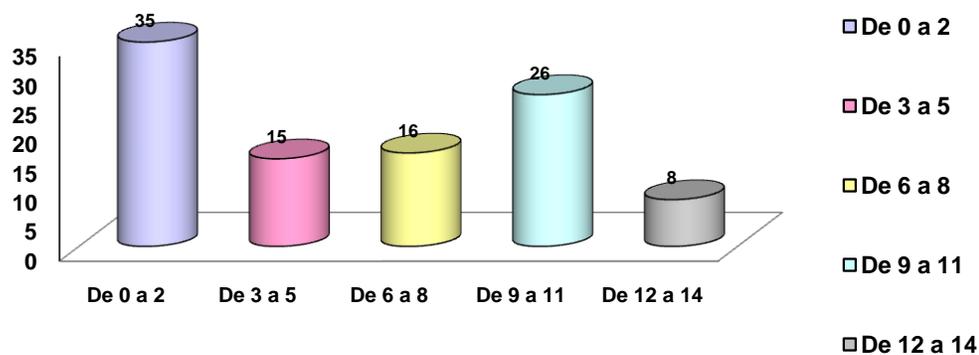
Cuadro 4.1
Características sociodemográficas de los Adultos Mayores Hospitalizados. Febrero 2009.

Variable	n	%
Genero		
Femenino	51	51.0
Masculino	49	49.0
Total	100	100%
Edad		
60-69	46	46%
70-79	33	33%
80-89	20	20%
Más de 90	1	1%
Total	100	100%
Estado civil		
Casado	34	34.0%
Unión libre	1	1.0%
Soltero	4	4.0%
Viudo	51	51.0%
Divorciado	10	10.0%
Total	100	100%
Escolaridad		
No sabe leer y escribir.	27	27.0%
Primaria incompleta	13	13.0%
Primaria completa	18	18.0%
Secundaria incompleta	5	5.0%
Secundaria completa	18	18.0%
Bachillerato incompleto.	1	1.0%
Bachillerato completo	5	5.0%
Carrera técnica incompleta	0	0%
Carrera técnica completa	2	2.0%
Profesional incompleto	2	2.0%
Profesional completo	9	9.0%
Total	100	100%

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

De la escala construida para conocer la percepción del adulto mayor hospitalizado, se obtuvieron los siguientes resultados: el 35 % no se perciben abandonados, pero el 26 % si se perciben abandonados y el 8 % totalmente abandonados (Figura 4.1).

Figura 4.1
Percepción de abandono del adulto mayor hospitalizado.



Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre del 2008 – febrero 2009.

Indicadores de Abandono.

0-2	No se percibe abandonado.
3-5	Ligeramente abandonado
6-8	Medianamente abandonado.
9-11	Muy abandonado.
12-14	Totalmente abandonado.

En el Cuadro 4.2, se observa que el 65 % de los casados no se perciben abandonados, en contraste con los viudos que tienen mayor percepción de estar abandonados con 49 %, también los solteros se sienten medianamente y muy abandonados en 100 %, el 50% de divorciados (as) se perciben muy abandonado y totalmente abandonados.

Cuadro 4.2
Percepción de abandono del adulto mayor según su estado civil. Febrero 2009.

	¿Cuál es su estado civil?										Total
	Casado		Unión libre		Soltero		Viudo		Divorciado		
Indicadores de abandono	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
No se percibe abandonado.	22	64.7					10	19.6	3	30	35
Ligeramente abandonado	6	17.6	1	100			6	11.8	2	20	15
Medianamente abandonado.	3	8.8			3	75	10	19.6			16
Muy abandonado.	3	8.8			1	25	20	39.2	2	20	26
Totalmente abandonado.							5	9.8	3	30	8
Total	34	100	1	100	4	100	51	100	10	100	100

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Cuadro 4.3, en relación a la escolaridad que tienen los adultos mayores a su percepción de abandono, el 44 % de los que no estudiaron se sienten abandonados, el mismo porcentaje tienen los de primaria completa, disminuyendo la proporción de percepción de abandono en los que tienen mayor nivel de escolaridad como los que cuentan con bachillerato siendo 50%, y sucede lo mismo con el 73 % de los profesionales.

Cuadro 4.3

Percepción de abandono del adulto mayor en relación a la escolaridad. Febrero 2009.

Indicadores de abandono	¿Hasta qué año estudio?													
	NA (No estudio)		Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria incompleta		Secundaria completa		Bachillerato		Profesional	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No se percibe abandonado.	9	33.3	6	46.2	5	27.8	1	20	6	33.3	2	25	6	54.5%
Ligeramente abandonado	4	14.8	2	15.4	2	11.1	3	60			2	25	2	18.2%
Medianamente abandonado.	2	7.4	2	15.4	3	16.7			5	27.8	3	38	1	9.1%
Muy abandonado.	9	33.3	2	15.4	8	44.4	1	20	4	22.2	1	12	1	9.1%
Totalmente abandonado.	3	11.1	1	7.7					3	16.7			1	9.1%
Total	27	100	13	100	18	100	5	100	18	100	8	100	11	100

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Con respecto a la ocupación del adulto mayor, se encontró que las personas que trabajan tienen menos percepción de abandono en relación con los que no tienen empleo, ya que de estos el 40 % se sienten muy abandonado o totalmente abandonados y de los que trabajan lo que menos percepción tienen son los empleados con 52 % y los profesionista que son el 50 % (Cuadro 4.4).

Cuadro 4.4
Percepción del abandono del adulto mayor en relación a su ocupación actual. Febrero 2009.

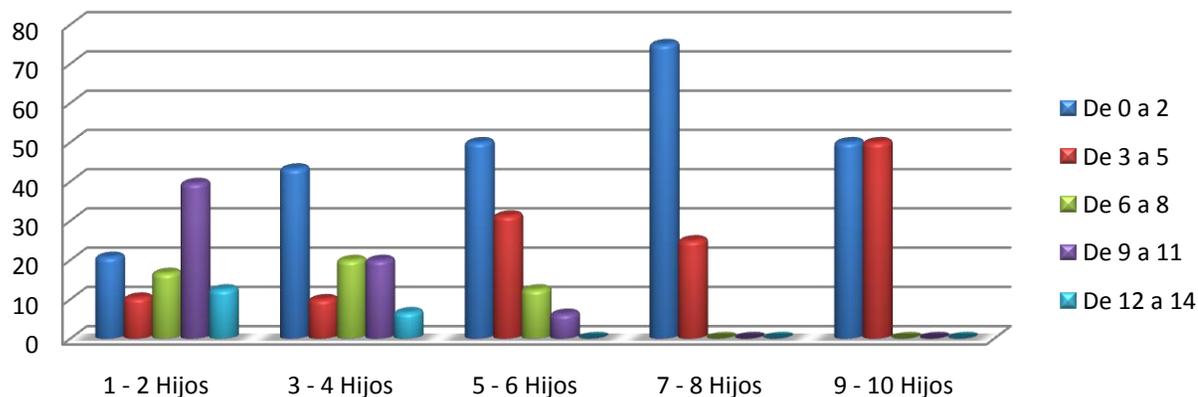
Indicadores de abandono	¿Cuál es su ocupación actualmente?													
	NA (No tengo trabajo)		Campesino		Empleado		Obrero		Profesionista		Otra		No contesto	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No se percibe abandonado.	15	26.8			11	52.4	1	50	2	50	4	40	2	66.7
Ligeramente abandonado	8	14.3	1	25	1	4.8			1	25	4	40		
Medianamente abandonado.	11	19.6	1	25	4	19								
Muy abandonado.	19	33.9	2	50	3	14.3	1	50			1	10		
Totalmente abandonado.	3	5.4			2	9.5			1	25	1	10	1	33.3
Total	56	100	4	100	21	100	2	100	4	100	10	100	3	100

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Figura 4.2, en cuanto a percepción de abandono en relación al número de hijos que tienen. Es mayor la percepción de sentirse muy abandonados en los que tienen entre 1 y 2 hijos con 40%, y con este mismo número de hijos se sienten totalmente abandonado el 13%, de los que tienen entre 7 a 10 hijos no tienen esa percepción.

Figura 4.2

Percepción de abandono del adulto mayor en relación con los hijos. Febrero 2009.



Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Indicadores de Abandono.

0-2	No se percibe abandonado.
3-5	Ligeramente abandonado
6-8	Medianamente abandonado.
9-11	Muy abandonado.
12-14	Totalmente abandonado.

Cuadro 4.5, En este cuadro se observó que el 30 % de los adultos mayores, perciben que sus familiares los hospitalizan porque no los pueden cuidar. El 53 % siente que son una carga para su familia y de estos el 18 % perciben que es por su vejez, 13 % por su enfermedad, 11 % porque requieren cuidados especiales, 5 % porque no aporta dinero y porque necesitan tener una persona que lo cuide. Por su condición de salud, el 44% de los adultos mayores se sienten rechazados.

Cuadro 4.5

Percepción de abandono del adulto mayor por parte de sus familiares. Febrero 2009.

Variable	n	%
Cree usted que su familia lo hospitaliza porque no lo puede cuidar.		
Si	30	30.0
No	70	70.0
Total	100	100%
Siente que es una carga para su familia.		
Si	53	53.0
No	47	47.0
Total	100	100%
Porque siente que es una carga para su familia.		
Por la vejez	18	18.0
Por no aportar para el gasto	5	5.0
Porque requiere de cuidados especiales	11	11.0
Necesidad de tener una persona que lo cuide.	5	5.0
Por su enfermedad.	13	13.0
Costo de medicamentos.	1	1.0
No tengo la sensación.	47	47.0
Total	100	100%
Por su condición de salud se siente rechazado por su familia.		
Si	44	44.0
No	56	56.0
Total	100	100%

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Cuadro 4.6 y 4.6a En estas tablas se observan los resultados en cuanto a los días de hospitalización y las visitas recibidas en relación a la percepción de abandono. Cabe destacar que del total de adultos hospitalizados, el 35 % no tienen percepción de abandono, pero el 34 % si tienen de muy a total abandono y son aquellos adultos que llevan de 3 a 4 días y los de 5 a 6 días de hospitalización. Es importante resaltar que una persona que lleva de 15 a 30 días y que no ha recibido visitas, no se siente abandonado.

Cuadro 4.6
Percepción de abandono del adulto mayor en relación a días de hospitalización y visitas recibidas. Febrero 2009.

Días Hospitalizado	Escala de percepción de Abandono				
	De 0 a	De 3 a	De 6 a	De 9 a	De 12 a
	2	5	8	11	14
1 – 2	2	5	2	5	1
3 – 4	13	3	5	12	3
5 – 6	6	4	3	5	2
7 – 8	5	2	2		2
9 – 10	5			2	
12 – 14	1		2	1	
15 – 30	2	1	1		
Total	35	15	16	26	8

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Indicadores de Abandono.

0-2	No se percibe abandonado.
3-5	Ligeramente abandonado
6-8	Medianamente abandonado.
9-11	Muy abandonado.
12-14	Totalmente abandonado.

Cuadro 4.6a
Percepción de abandono del adulto mayor en relación a días de hospitalización y visitas recibidas. Febrero 2009.

N° Visitas	Escala de percepción de Abandono				
	De 0 a 2	De 3 a 5	De 6 a 8	De 9 a 11	De 12 a 14
0	12	1	6	12	3
1	4	6	4	6	4
2	7	5	2	4	1
3	8	2	2	3	0
4	4	0	1	0	0
Total	35	15	16	26	8

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Indicadores de Abandono.

0-2	No se percibe abandonado.
3-5	Ligeramente abandonado
6-8	Medianamente abandonado.
9-11	Muy abandonado.
12-14	Totalmente abandonado.

Cuadro 4.7, 4.7a En cuanto al factor socio económico, predominaron los adultos mayores que tienen un trabajo remunerado con 37 %, los pensionados corresponden al 25%, el 12 % obtienen ingresos a través de familiares y la asistencia social y 26 % está el grupo que reporta no tener ningún ingreso. De los que perciben ingresos, predominan más los que ganan un salario mínimo que son el 32 %, de los encuestados, de los que tienen ingresos de menos de un salario mínimo son el 22 % y el 20 % son de los que perciben entre 2 y 3 salarios mínimos. Con respecto a la vivienda el 87 % vive en casa propia, 8 % viven casa rentada y 5 % le prestan la casa. El 56 % vive con los hijos, 34 % con su cónyuge y solo el 9 % viven solos. En lo que se refiere a hijos, la mayoría tiene hijos, solo el 7 % no los tiene. Aunque la mayoría de los adultos mayores viven con algún familiar al 41 % le proporciona el cuidado y mantenimiento de su salud los hijos, el 19% su conyugue y al 36 % nadie. En lo referente a la ocupación de la persona que lo cuida, tienen diferentes ocupaciones en donde el 26 % son empleados, 18 % profesionista, 9 % negocio propio de los que más destacan, el adulto mayor no tiene tantos problemas economicos, ya que el 79% manejan sus propios recursos, al 21 % les ayudan económicamente sus familiares donde el 12 % son empleados, 4 % profesionistas, 3% son obreros y 2% su familia tiene su propio negocio.

Cuadro 4.7
Características socioeconómicas de los Adultos Mayores. Febrero 2009.

Variables	n	%
Sus ingresos económicos provienen sus ingresos.		
Pensión	25	25.0
Trabajo remunerado	37	37.0
Asistencia social	4	4.0
Ayuda de familiares	8	8.0
Ayuda de amistades	0	0
No tienen ingresos.	26	26.0
Total	100	100%
Cantidad de dinero mensual que percibe.		
Menos de un salario mínimo.	22	22.0
Un salario mínimo.	32	32.0
Dos salarios mínimos.	15	15.0
Tres o más salarios mínimos.	5	5.0
No tiene ingresos.	26	26.0
Total	100	100%
La casa donde vive es		
Propia	87	87.0
Rentada	8	8.0
Prestada	5	5.0
Total	100	100%
Quien maneja su dinero.		
Cónyuge	3	3.0
Hijos	18	18.0
No le manejan ingresos.	79	79.0
Total	100	100%
La persona que maneja su dinero le provee de los insumos necesarios para cubrir sus necesidades.		
Si	14	14.0
No	7	7.0
No le manejan ingresos.	79	79.0
Total	100	100%
En que trabaja la persona que le ayuda económicamente.		
Empleado	12	12.0
Obrero	3	3.0
Profesionista	4	4.0
Negocio propio.	2	2.0
No le manejan ingresos.	79	79.0
Total	100	100%

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

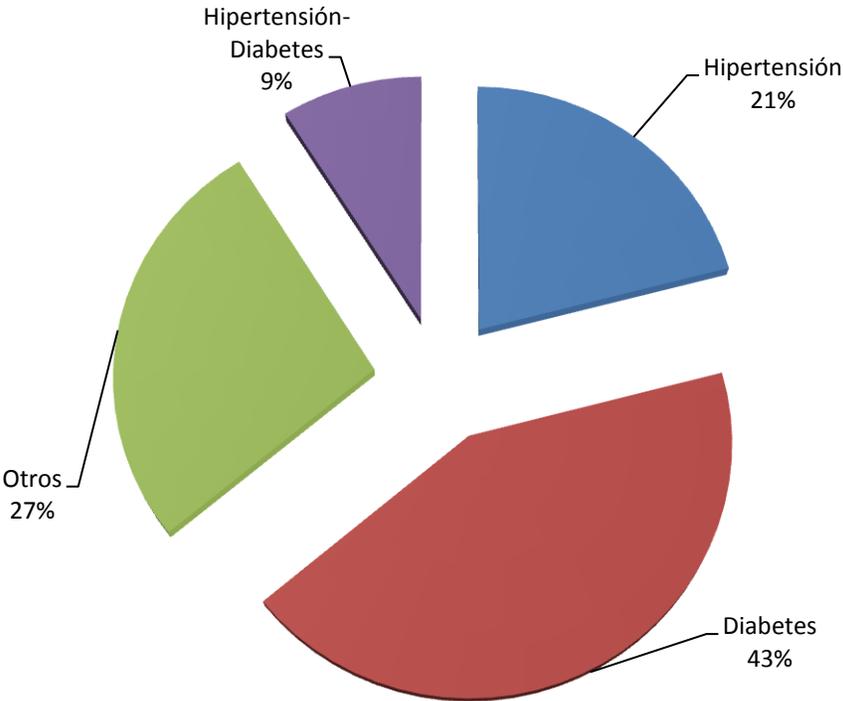
Cuadro 4.7a
Características socioeconómicas de los Adultos Mayores. Febrero 2009.

Variable	n	%
Con quien vive		
Solo	9	9.0
Cónyuge	34	34.0
Hijos	56	56.0
Hermanos	1	1.0
Total	100	100%
Cuantos hijos tiene		
Ninguno	7	7.0
1-2	41	41.0
3-4	30	30.0
5-6	16	16.0
7-8	4	4.0
9-10	2	2.0
Total	100	100%
Quien le proporciona el cuidado y mantenimiento de su salud cuando está en casa.		
Cónyuge	19	19.0
Hijos	41	41.0
Nietos	4	4.0
Ninguno	36	36.0
Total	100	100%
Ocupación que tiene la persona que lo cuida.		
Campesino	3	3.0
Empleado	26	26.0
Obrero	1	1.0
Profesionista	18	18.0
Negocio propio	9	9.0
Ninguno	7	7.0
No le proporcionan cuidados.	36	36.0
Total	100	100%

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

En lo referente al aspecto de salud de los adultos mayores con percepción de abandono, los padecimientos crónico degenerativo, que predominaron fueron la diabetes mellitus con un 43 %, seguida de hipertensión con 21 %, y 9 % de los adultos mayores presentan las dos patologías, 21 % refirió otros padecimientos (Figura 4.3)

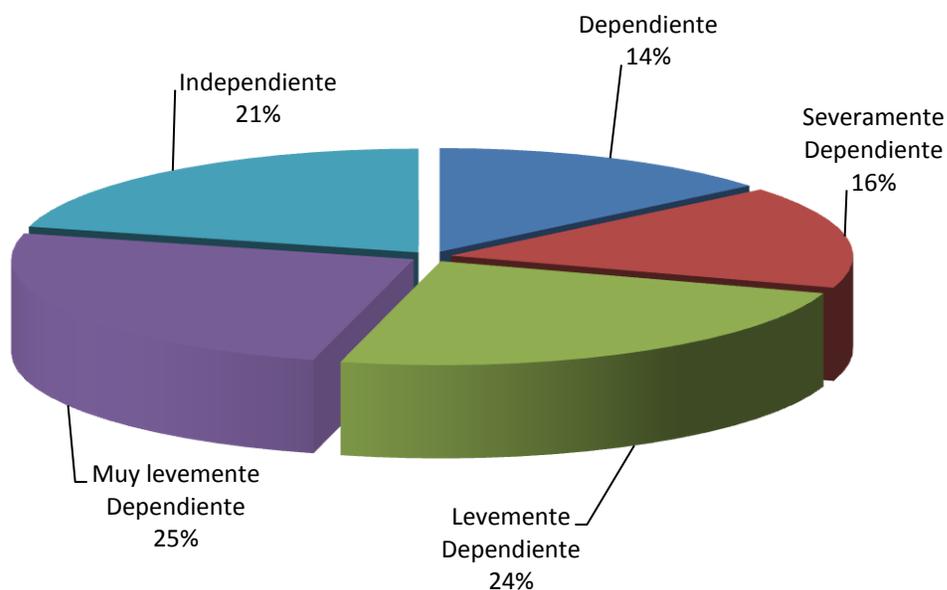
Figura 4.3
Padecimientos crónicos degenerativos como factores condicionantes físicos de abandono de los Adultos Mayores.



Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Figura 4.4, Se utilizo la escala de Lawton Brody, para conocer el grado de dependencia que tienen los adultos mayores, encontrando que solo el 30 % se encuentra en los rangos de dependiente y severamente dependiente de la familia para llevar a cabo todas sus actividades que requieren del manejo de instrumentos y el 70 % son independientes para el manejo de sus recursos.

Figura 4.4
Características físicas de los Adultos Mayores con percepción de abandono en el hogar, de acuerdo escala de Actividades Instrumentales Lawton y Brody.

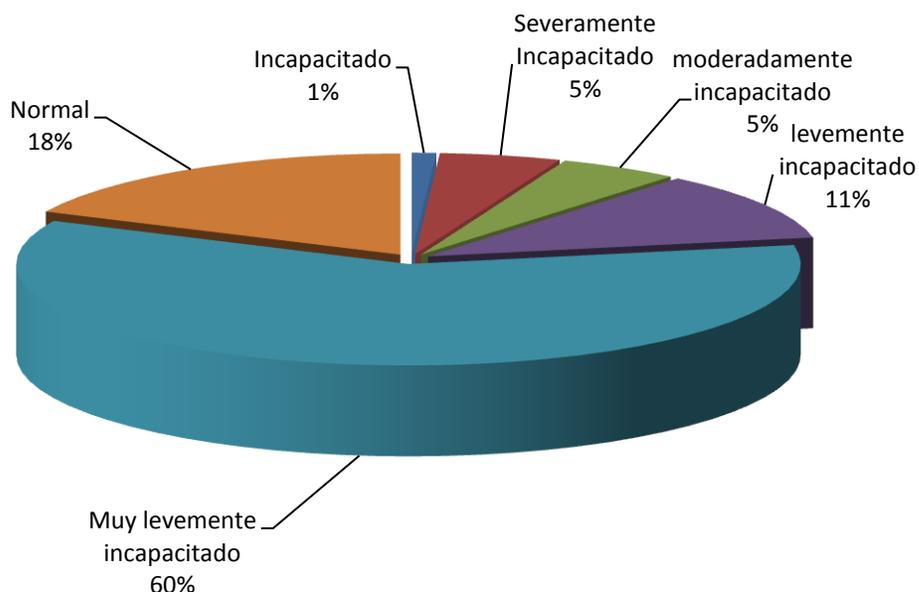


Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Figura 4.5, La escala de actividades de la vida diaria (AVD) de Katz, permitió evaluar al adulto mayor la funcionalidad de su cuerpo, su capacidad para realizar actividades en forma segura y eficaz como, vestirse, servirse, bañarse, moverse, usar el inodoro. Destacando que aunque es un porcentaje bajo, el 6 % de ellos se encuentran severamente incapacitados o definitivamente incapacitado y el 78 % se encuentran dentro de la funcionalidad necesaria para realizar sus actividades de la vida diaria.

Figura 4.5

Características físicas de los Adultos Mayores con percepción de abandono en el hogar, de acuerdo escala de actividades de la vida diaria de Katz.

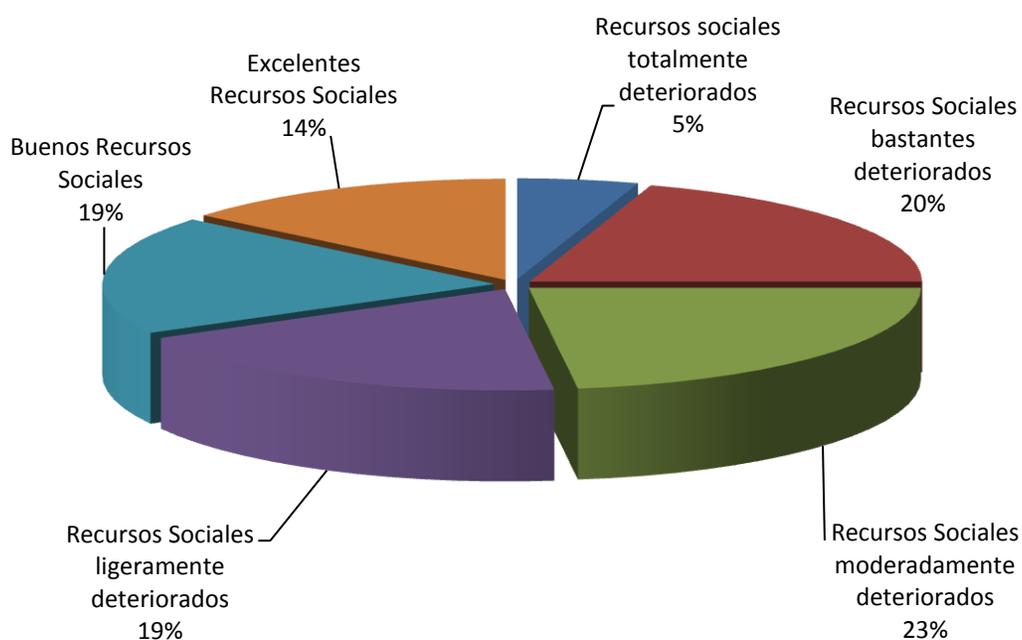


Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Figura 4.6, Con la escala de recursos sociales, se evaluó la estructura familiar, el funcionamiento social, los patrones de amistad, los recursos de apoyo informal, observando que existe un 67 % de adultos mayores que se encuentran bastantes o totalmente deteriorados y solo el 33 % se puede decir que son buenos o excelentes sus recursos sociales.

Figura 4.6

Características sociales de los Adultos Mayores con percepción de abandono en el hogar, de acuerdo escala de recursos sociales.



Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Cuadro 4.8, De los cuidadores del adulto mayor, el 65 % son los hijos, 30 % cónyuge y en el 5 % se encuentran los nietos, hermanos y amistades. El estado de salud de ellos el 53 % es bueno y el 42 % es regular y un 5% es malo. El 82 % viven con el adulto mayor y el horario en que lo cuidan es mixto al 43 %, el 42 % reporta que están con él las 24 horas

Cuadro 4.8

Características del cuidador del Adulto Mayor. Febrero 2009.

Variable	n	%
Salud física.		
Bueno	53	53.0
Regular	42	42.0
Malo	5	5.0
Total	100	100%
Vive con usted quien lo cuida.		
Si	82	82.0
No	18	18.0
Total	100	100%
Parentesco		
Cónyuge	30	30
Hijos	65	65
Nietos	1	1
Hermanos	3	3
Amistades	1	1
Total	100	100%
Horario en que lo cuidan.		
Matutino	12	12.0
Mixto	43	43.0
24 hrs.	42	42.0
<i>No tiene horario específico.</i>	3	3.0
Total	100	100%

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Cuadro 4.9, En relación al abandono del adulto mayor por la familia en el hospital, se observo que a 33 % de ellos no los visitaron y del 77 % que si recibieron visitas, al 44% lo visitaron sus hijos, 16 % su cónyuge, 4 % sus nietos y 3 % sus hermanos y amistades. De los que si son visitados por su familiares al 37 % no lo ayudan a bañarse, al 31 % no los ayudan en sus necesidades de eliminación, al 30 % no los ayudan a moverse y levantarse y al 20 % no los ayudan a tomar sus medicamentos.

Cuadro 4.9
Percepción de abandono familiar del adulto mayor hospitalizado. Febrero 2009.

Variable	n	%
Ha recibido visitas desde que lo hospitalizaron.		
Si	67	67
No	33	33
Total	100	100%
Quien es la persona o familiar que más lo visita.		
Cónyuge	16	16
Hijos	44	44
Nietos	4	4
Hermanos	2	2
Amistades	1	1
Ninguno	33	33
Total	100	100%
El familiar le ayuda a bañarse.		
Si	30	30
No	37	37
No recibí visitas.	33	33
Total	100	100%
El familiar le ayuda en las necesidades de eliminación.		
Si	36	36
No	31	31
No recibí visitas.	33	33
Total	100	100%
El familiar le ayuda a moverse y/o levantarse.		
Si	37	37

No	30	30
No recibí visitas.	33	33
Total	100	100%
El familiar durante la visita hospitalaria le ayuda a tomar sus medicamentos.		
Si	47	47
No	20	20
No recibió visitas.	33	33
Total	100	100%
Persona o familiar que lo acompañó en su hospitalización.		
Cónyuge	30	30.0
Hijos	61	61.0
Nietos	4	4.0
Hermanos	3	3.0
Ninguno	2	2.0
Total	100	100%

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Discusión

El presente estudio se realizó con la finalidad de conocer la percepción que tiene el adulto mayor del abandono por parte de sus familiares. El adulto mayor pertenece a un grupo de personas que se encuentran en un estado vulnerable, definidos por algunas características como: edad, condiciones de salud que puede ser un riesgo de abandono por sus familiares, así como económicos, psicológicos y sociales. Oropeza (2005).

En las características sociodemográficas de los adultos mayores, el mayor porcentaje en cuanto al sexo corresponde al femenino, que aunque se encuentra en el rango de edad viejo-joven, ya presentan problemas de salud por lo que recurren al internamiento en el hospital; en el estado civil predominaron los viudos y los casados y en cuanto al nivel de escolaridad existe un bajo nivel de conocimiento, resaltando sobre todo los analfabetas que por las condiciones que predominan en el estado de Guerrero, en donde hay dificultad en el acceso a la educación o porque probablemente en sus tiempos no era

obligatorio asistir a las escuelas. Esta baja escolaridad hace que se tenga diferente percepción de abandono ya que como refiere Mendoza (2005) la percepción de la vejez es una construcción cultural, entre otros factores es un determinante la percepción de abandono del adulto mayor, es entendible tal situación, por lo mismo también un alto porcentaje apenas terminaron la primaria y la secundaria y el grupo de profesionistas es muy limitado.

El estado de salud es un condicionante para que las personas tengan percepción de abandono y también para ser abandonado por la condición en que se encuentran estas personas que ingresaron por diferentes padecimientos, siendo las más relevantes la hipertensión y diabetes, coincidiendo con el estudio realizado por Manzano 2008, Picardi 2008. En lo que se refiere al causal de abandono del adulto mayor, se encontró que las condiciones de vida cotidiana que tiene el adulto mayor y su grado de dependencia hacen que sea para la familia una carga física y emocional, por los cuidados que necesita el anciano por sus diversas patologías que presenta de acuerdo a su edad. Observándose en este estudio de acuerdo a la escala de Lawton y Brody que existe un alto porcentaje que se encuentran en estados de dependencia, pero existen también un porcentaje que no tienen dependencia notable probablemente porque el rango de las edades oscila en la de adultos mayores- jóvenes. Por ello es importante crear una cultura de autocuidado a la salud para prevenir y controlar los padecimientos crónicos degenerativos Ruiz (2004) y con ello evitar que el adulto mayor se sienta abandonado.

Al utilizar la escala de Katz para valorar la capacidad que tienen para realizar sus actividades de la vida diaria la mayoría pueden realizar estas actividades en el hogar, por lo que probablemente no requieran mucho apoyo por parte de sus familiares. Pero con la escala de recursos sociales se observó que aproximadamente la mitad refiere tener recursos sociales de moderadamente deteriorados a totalmente deteriorados, y esto probablemente se deba a que son viudos o solteros, de que sus hijos no estén con ellos permanentemente, a pesar de que refieran que ellos los cuidan. Los que viven con su cónyuge si los cuidan a la mayoría, este estudio difiere de lo aseverado por Rodríguez (2006) el cual afirma que

cuando los hijos crecen van formando sus propias familias abandonando a los padres y dejándolos solos.

La siguiente variable que es la percepción de abandono que tiene el adulto mayor hospitalizado por parte de sus familiares, se encontró que un alto porcentaje se perciben abandonados en diferente magnitud, tanto porque no existe una buena comunicación con la familia, por falta de tiempo para cuidarlo, por no ocupar lugar de respeto y preferente en la familia etc.

Al relacionar estos indicadores con otras características permitió conocer si esa percepción está influida por algunos de ellos, encontrándose que existe relación directa de los viudos y soltero con el grado de percepción de abandono, ya que ellos se sienten más abandonados en relación a los casados, y divorciados. De acuerdo a Mendoza (2000) existen adultos mayores que viven solos o no tienen quien los cuide y otros a pesar de tener familia también se sienten solos y olvidados y no se ocupan de ellos a pesar de vivir en la misma casa.

El nivel de escolaridad fue un determinante para la percepción de abandono ya que las personas que no tienen estudios se sienten abandonadas, no ocurre lo mismo con las personas que tienen estudios profesionales. Lo contrario sucede con los que no tienen trabajo ellos se perciben abandonados en relación a los que trabajan y esto se da probablemente por el hecho de estar inactivos que genera en ellos la sensación de ser una carga para la familia, estar en soledad ocasiona un desequilibrio perceptivo como lo menciona Mendoza (2005) que la percepción de abandono se da principalmente por la soledad y la marginación, como consecuencia de la indiferencia social y familiar en las que se encuentran, de acuerdo a Herrera (2008) los adultos mayores interpretan la sensación de abandono en relación al rol que tienen dentro de la sociedad abarcando el campo del empleo.

Como afirma Lehr (1980) características como la situación afectiva y social de las personas influyen sobre la percepción que tienen de sí mismas, por lo que con la escala de recursos sociales se pudo confirmar la relación de estos sobre la percepción. En la percepción el número de hijos influye directamente porque entre menos hijos tiene se sienten más abandonados, y su apreciación de abandono aumento cuando creen que sus familiares los llevan a internar porque no los pueden cuidar o porque se sienten una carga para la familia, tanto por su vejez, por requerir cuidados especiales o por su condición de salud física. Como lo muestra el estudio de Solís (2007) el cual refiere que la condición de pobreza, discapacidad física y enfermedades crónico degenerativos son razones de abandono en los hospitales, lo cual los vuelve propensos a la dependencia del cuidador familiar, las mismas características las encontró González (2008) en el estudio que realizo y que además menciona que al ser hospitalizados no reciben visitas por parte de los familiares coincidiendo con este estudio.

Uno de los motivos que originaron este estudio fue el de conocer si los adultos mayores hospitalizados tenían la percepción de abandono por su estancia hospitalaria por la cantidad de visitas o porque sus familiares no les interesaba o no podían atenderlo y se considero la fecha del estudio en los meses de diciembre a febrero que son los meses en que mas abandonan a los adultos mayores en los hospitales que son días asueto o festivos tal como ocurre en otros lugares y no se pueden hacer cargo de ellos López (2003). Los datos obtenidos son que de los adultos que tienen entre 3 a 6 días de hospitalización tiene un alto índice de percepción de abandono y esto se confirma con el número de visitas recibidas. No encontrando estudios con que comparar estos datos.

En cuanto a las características de ingresos económicos, resalta la baja percepción económica que tienen los sujetos, ya que la mayoría viven con menos de un salario mínimo hasta dos salarios mínimos, y un porcentaje de ellos no perciben ningún ingreso económico, coincidiendo con los datos de CONAPO Magally (2003) y coincidiendo con estudios hechos por González 2008, Roldan 2008, Manzano 2008, Picardi 2008 y González 2005, donde afirman que más de la población de 70 años vive en la pobreza y solamente un tercio percibe una pensión, en esas condiciones es obvio que el adulto no tenga recursos

suficientes para satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas y de esta manera se perciba con un abandono familiar económico. La vivienda no es un factor que influya en el abandono ya que la mayoría tiene casa propia, vive con su familia y tienen hijos, relación impactante, que tiene mucho significado para el ser humano principalmente en la edad adulta, ya que los hijos no siempre le proporcionan la ayuda necesaria a los padres, percibiendo este factor como abandono, comparándolo con el estudio realizado por Mendoza 2005, en el que refiere que el adulto mayor a pesar de que viven con su familia, no se ocupan de ellos y se sienten olvidados y solos.

Por último para conocer la percepción de abandono hospitalario se les pregunto si habían recibido visitas durante su hospitalización y casi la mitad reportaron que no y otro grupo menciona que aunque tiene pareja sentimental casi no lo visitaron y a otros los visitaron diferentes familiares pero no a todos les ayudaron en sus necesidades de higiene alimentación. Los que más ayudan fue principalmente para tomar sus medicamentos.

Se observo que el número de visitas no fue proporcional a los días de hospitalización; coincidiendo con el estudio realizado por González 2005, Saavedra 2006, que percibe que este tipo de abandono es debido a la indiferencia de la familia, conflictos familiares, irresponsabilidad e ingratitud o por qué no los quieren.

No se encontraron más estudios sobre percepción de abandono del adulto mayor hospitalizados por su familia, para relacionarlos y compararlos con los datos encontrados en esta investigación.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El abandono del adulto mayor ha aumentado considerablemente en muchas partes del mundo, este problema no solo existe en el seno familiar, sino que también se está presentando en las instituciones de salud debido a la falta de interés y apoyo social, que muestran las familias y las instituciones de salud minimizando el problema.

La sociedad actualmente se desenvuelve en un mundo materialista y sólo apoya a los individuos que son productivos, por lo que el adulto mayor que no trabaja o no se puede valer por sí mismo, es considerado una carga familiar y son abandonados de diferentes formas y por varias características, lo que le ocasiona una respuesta negativa, que es la percepción de abandono por parte de sus familiares.

El adulto mayor, por su vulnerabilidad física, es considerado no productivo, por lo que se vuelve una carga en los aspectos físicos, económicos y sociales para la familia. Esta percepción de abandono está influenciada tanto por características económicas sociales y físicas, el aspecto de ingresos económicos no fue relevante, ya que a pesar de obtener bajos ingresos no se perciben abandonados. Aunque no todos los indicadores que se indagaron influyeron en la percepción de abandono, sí es importante considerar aquellos que se refieren a las relaciones en la familia y de los que viven solos. También de los que no trabajan o que su escolaridad es muy baja.

Por lo tanto, se concluye que existe un gran número de adultos que tienen la percepción de ser abandonados, de que existen pocos estudios al respecto, por lo que se tuvieron que utilizar 3 escalas ya validadas una la de Lawton y Brody para conocer las características físicas de abandono y que aunque no arrojó datos relevantes, si es de tomar en cuenta la información de este estudio. Otra escala que se utilizó fue la de Katz sobre las actividades de la vida diaria que arrojó información interesante ya que la mayoría no presenta incapacidad lo que les permite valerse por sí mismos por encontrarse en mayor proporción en el rango de adulto viejo - joven. La otra escala que permitió conocer las

condiciones sociales en la que se encuentra el adulto mayor es la de “escala de recursos sociales” en donde se observa a la mayoría con recursos deteriorados.

Por último se tuvo que elaborar una escala de percepción de abandono que se validó con el método estadístico de Alfa de Cronbach, con una fiabilidad de 0.89. Al aplicar la escala, un porcentaje elevado si se percibió con algún grado de abandono.

Sobre todo en relación al estado civil, a la escolaridad, a los ingresos económicos, a los que tienen empleo y tipo de empleo y al número de hijos. Con este estudio se demuestra que el adulto mayor se percibió abandonado tanto por características físicas, económicas y sociales y que de alguna manera influyeron en su estado físico, emocional y social, siendo necesario que las instituciones relacionadas al cuidado y protección del AM, realicen diferentes actividades o busquen los mecanismos pertinentes para que las familias se responsabilicen de la protección y cuidado de estas personas y se busquen las formas de capacitar al AM en actividades que él pueda llevar a cabo de acuerdo a su edad, para hacerlos funcionales y productivos. Así mismo las instituciones de salud deben apoyar y dando relevancia a las investigaciones que el profesional de enfermería realiza, ya que es el quien se encuentra en contacto directo con todos ellos.

Como resultado de este estudio se sugiere para aportar beneficios al adulto mayor, a la familia y a las instituciones de salud, las siguientes acciones:

1. Realizar más investigaciones que refuercen los diferentes estudios para que exista mayor conocimiento al respecto y buscar otras alternativas al problema planteado.
2. Crear grupos de apoyo al adulto mayor dentro del ISSSTE para identificar a los adultos abandonados y buscar solución a la problemática.
3. Buscar mecanismos para que las redes formales de apoyo funcionen brindando protección y ayuda al adulto mayor que lo demande.
4. Construir centros de día para que los adultos mayores, que no requieran de hospitalización, sean atendidos por personal multidisciplinario.

5. Que se creen servicios psicó- familiares para detectar problemas dentro de la familia que afecten las relaciones con el adulto mayor.
6. Crear convenios con los albergues o residencias permanentes, para aquellos adultos que vivan solos o los hayan abandonado sus familiares y no tengan necesidad de hospitalización.
7. Que en los planes de estudio de las escuelas de enfermería y medicina se creen las especialidades de Enfermería Geriátrica y Geriatria para proporcionar atención especializada para este tipo de personas.
8. Que se vinculen la SEP y UAG creando la escuela del adulto mayor, para que este tenga la oportunidad de capacitarse o realice estudios de nivel medio y superior.
9. Que el departamento de trabajo social se vincule con la escuela de trabajo social en Acapulco Gro, para que los alumnos realicen sus prácticas, alimentando así el directorio del adulto mayor, con el fin de realizar visitas domiciliarias apoyadas por el equipo multidisciplinario del hospital, para conocer su estado de salud, su situación económica, familiar y social y que esto permita también tener un control de su situación real de salud, para evitar ingresos consecutivos e innecesarios al hospital.
10. Que se inculquen dentro de la familia, la importancia de los valores a los niños sobre el amor y respeto que deben tener para con los adultos mayores, aumentando con ello el que tenga una imagen positiva de la vejez.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Agudo S, 2008. Educación Social y personas mayores: la intervención en la educación social. Revista de educación Social, No. 9, España.

Annan K, 2002. Secretaria General de la Organización de las Naciones Unidas: una sociedad para todas las edades. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, Madrid.

Aparicio T, 2008. Relación socio afectiva: importancia de la familia en la vejez. Puleva Salud.

Aromando J, 2003. Una visión sobre la perspectiva educativa y cultural del adulto mayor en MERCOSUR. VII Jornadas de la Asociación Argentina de Población.

Bruna M, Reynoso Z, San Martín R, 2003. El abandono una problemática en el adulto mayor. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Universidad autónoma de Chihuahua U A CH.

Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, 2001. Comité Interinstitucional de Enfermería. SSA, subsecretaria de innovación y calidad.

Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y salud: invertir en salud para el desarrollo económico. Biblioteca de la Salud. Secretaria de Salud, Fondo de la Cultura Económica, INSP, México 2006.

Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2002

Consejo Nacional de Población (CONAPO), Secretaria de Gobernación (SEGOB). México 2005.

Cornejo R. 2005. Depresión por abandono familiar, la queja más frecuente en mujeres de la tercera edad. Boletín 299, ISSSTE.

Cruz O, 2008. Instituto Nacional de las personas adultas mayores INAPAM.

Diario de Uruguay. uruguaysolidario.org.uy

Díaz Rolando, 2008. Etnopsicología Mexicana: Siguiendo la huella teórica y empírica de Díaz – Guerrero. Edit. Trillas.

Documento ISSSTE, 2006.

Duran Arenas L, Salinas G, Gallegos K, 2003. Conferencia Regional Americana, AISS – CISS Barbados: medición de la calidad de vida en el adulto mayor. IMSS, México.

Diccionario Psicología, 2006. Edit. Océano

Duran L, Sánchez R, Vallejo M. Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad. Vol. 38, No. 006, I N S P, Cuernavaca Morelos, México, 1996.

Eguiluz , 2004. Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico. Editorial Pax México.

Ética en enfermería, Colegio de enfermeras de Chile, 2009.

Fraile M, V. 2003. Atención de enfermería del paciente anciano: conceptos sobre el envejecimiento. Editorial Océano.

González J F, 2007. Salud y Medicina – Ley para los adultos mayores, ¿solo buenas intenciones?

González J. Molina, 2001. Políticas de Salud y vida saludable en México – Tenochtitlán. Revista Facultad Nacional Salud Publica.

González M, 2005. Entre el abandono y la negligencia. Revista Contralinea Chihuahua, México.

Guzmán J, Huenchuan S, 2005. Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. Organización de la Naciones Unidas, CEPAL.

Gutiérrez G, 2005. Abandono de la tercera edad en la familia. Monografía. Universidad del Mar, Escuela de trabajo social. Red asistencial de Buenos aires.

Ham R, 2003. Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población: consejo nacional de población, envejecimiento demográfico de México. Consejo nacional de población.

Harriague M, 2008. Influencias filosóficas de la GESTALT. Instituto de Formación y Psicoterapia Gestáltica. TRIBANN, Montevideo – Uruguay.

Hernández, R. Fernández C., Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación, 4ª edición, McGraw – Hill.

Hernández Z E, 2004. La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor. Enseñanza e investigación en psicología, México.

Herrera F, Romero A, González E, Guillen L, 2008. Percepción de los ancianos sobre los centros de desarrollo integral para el adulto mayor. Revista de investigación en psicología. (Online) v.11 N.1 Lima Perú.

Hoekman A. 2006. La situación demográfica de México. Representante en México del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática, 2005.

Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía Informática (INEGI). México 2008.

Jackson R, Strauss R, Howe N, 2007. El desafío del envejecimiento en América Latina: demografía y política previsionales en Brasil, Chile y México. Salud Uninorte Barranquilla.

Ley de los Derechos de los adultos mayores, decreto presidencial 2002.

Ley General de Salud en Materia de Investigación, ultima reforma abril 2009. Cámara de Diputados, del H. Congreso de la Unión, México.

Limón, Berzosa G. 2006. Siglo XXI, envejecimiento y solidaridad. Revisto Galego de Ensino, año 14, No. 48. Instituto de Gerontología y Servicios Sociales, Madrid.

López J, 2009. El abandono de nuestros mayores. Diario siglo XXI. Madrid España.

López Fernández R. Gerontología y Geriatria: la categoría, calidad de vida y conceptualización. OPS/OMS, IMSS, No. 7, México, 2001.

Luevano S, 2008. El arte del cuidado de enfermería de Florencia Nightingale a Jean Watson: Synthesis aventura del pensamiento. Facultad de Enfermería y Nutriología, de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

Magally S, 2003. Haciendo redes en América del Norte; Piden políticas públicas que incluyan a adultos mayores. Foro Nacional, CIMAC / Morelos, 2003.

Marín M, Troyano Y, Vallejo A, 2001. Percepción social de la vejez. Revista Mult. Gerontológico. Departamento de Psicología social, Universidad de Sevilla.

Mazón L, 2007. Iniciativa de ley que reforma la fracción XI y adiciona una fracción XII al artículo 5ª de la ley de los Institutos Nacionales de Salud. Senado de la República LX Legislatura, México.

Mendoza F, 2000. Análisis cualitativo de la situación del adulto mayor en zonas marginadas del Distrito Federal. Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Millán J, 2006. Principios de Geriátrica y Gerontología. McGraw – Hill, Interamericana.

Morales, 2001. La vejez entre los Mexicanos: Revista de Geriátrica y Gerontología. IMSS/OPS, México.

Morfi R. 2005. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Revista Cubana Enfermería, vol. 21, No. 3, Habana Cuba.

Mayoz E I. 2008. Perspectiva holística del ciclo vital: vejez. Edit. Océano.

Muñoz O, García C, Duran L, 2004. La salud del adulto mayor: temas y debates, IMSS, México.

México, 2008. Mujeres ancianas padecen mayor discriminación. Red Latinoamericana de Gerontología.

Negrete M, 2001. Distribución geográfica de la población mayor. DEMOS

Norma Oficial Mexicana NOM – 167 – SSAI – 1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

Oviedo G. 2004. Definición del concepto de percepción en psicología con base a la teoría de Gestalt. Rev. Estudios Sociales No.018. Universidad de los Andes, Bogotá Colombia pp.89 – 96.

Oropeza R. 2005. Ampliar la expectativa de vida con calidad, objetivo del ISSS con los adultos mayores. Boletín ISSSTE Gob. 228.

Partida V y Tuiran R, 2004. Situación Demográfica de México: índice de desarrollo humano. Consejo Nacional de Población, México.

Programa de atención al envejecimiento 2007 – 2012, SEGOB.

Quevedo E. 2008. Envejecimiento de la población revista vol 7. No1 Horizonte Sanitario.

Quintanilla M, 2006. Enfermería Geriátrica: cuidados integrales en el anciano, tomo 1. Instituto MONSA ediciones, S.A. Barcelona.

Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación Mexicana.

Rodríguez R, Lazcano G, 2006. Practica de la Geriátría, 2º. Edición, McGraw-Hill, Interamericana.

Rodríguez R, Morales J, Encinas J, Trujillo Z, 1999. Geriátría. McGraw – Hill, Interamericana.

Roldan A V. 2008. Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la comunidad Hermanitas Descalzas. Universidad Mayor de San Marcos, Lima Perú.

Romero A, 2007. Temas para la asistencia clínica al adulto mayor: Consideraciones Bioéticas en Geriátría. Revista Electrónica de las Ciencias Medicas. Cienfuegos Cuba.

Saavedra V. Se deslindan diversos organismos de la responsabilidad de pacientes abandonados, 2006. Diario La Jornada, Jalisco.

Robles L, 2003. Reseña de “envejecer en Chiapas. Etnogerontología Zoque”. Investigación en salud, Vol. V, numero 001, Guadalajara México.

Salgado de Snyder, Wong R, 2007. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Publica de México, año/ vol. 49, numero Su4. Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Salgado de Snyder, 2005. No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales. Rev. De Salud Publica de México / vol. 47, No. 4.

Selva C. García O. 2006. Perspectiva de la tercera edad acerca de la mirada de los otros sobre la vejez. Revista electrónica de psicología política. (en línea) ISSN 1669 – 3582, vol. 4, No. 12.

Scout A, 1996. Genero y redes de apoyo social en la vejez, en Arbes: relación entre genero y envejecimiento, enfoque sociológico, Madrid.

Secretaría de Desarrollo Social. (CONAPO) 2005. 12º censo de población del Estado de Guerrero.

Secretaría de Salud (SS), 2004. Sistema de Protección Social en Salud: Catálogo de Servicios Esenciales. México: SSA.

Tepach M. en E. Reyes, 2006. Análisis demográfico y socioeconómico de la población de adultos mayores de México, 2006 – 2050. Cámara de Diputados LX Legislatura. Centro de Documentación y Análisis.

Trujillo Z, Becerra M, Rivas María S, 2008. Latinoamérica envejece: Visión Gerontológica/ Geriátrica. McGraw- Hill, 2008.

Viladrich E, 2003. Atención de enfermería gerontológica. Edit. Océano.

Zea Ma., Torres B, 2007. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. Revista investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia.

SITIOS DE INTERNET

Adulto mayores más años a la vida. SENAMA 2003. www.risolidaria.cl

Boletín ISSSTE. Ampliar la expectativa de vida con calidad, objetivo del ISSSTE con los adultos mayores.

http://www.issste.gob.mx/wesite/comunicados/boletines/2005/agosto/5228_2005.html.

Boletín.38, N° 6. Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad. <http://www.insp.mx/salud/38/386-10.html>

González M, 2008. Ancianos abandonados en los hospitales terminan en hogares a cargo del Estado: abuelos que nadie quiere. www.lanacion.cl

Hernández Gilberto, 2009. Un acercamiento al rostro de la familia mexicana. Artículo del Periódico el observador de Querétaro. <http://www.elobservadorenlina.com>

La familia vista desde un enfoque sociológico. Revista punto de vista, 2003. Madrid, España. <http://www.puntodevista.net/lafamilia.htm>.

Lillo M, 2002. Antropología de los cuidados en el anciano: evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia. http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/manuel_lillo_crespo2.htm.

López Alfredo, 2003. Los Mexicanos y su cosmos. http://blueangel.ca/contenido/sp_contmexo/.htm

Luís E. Montoya, 2007. Caja Costarricense de Seguro social CCSSI: Preocupación en CCSS por abandono de pacientes en hospitales. <http://www.ccss.sa.cr/html/comunicación/noticias/2007/07/n317.html>

Manzano A, 2008. Aumenta el abandono de ancianos en los hospitales por la inexistencia de una red primaria asistencial. El País.Com. Madrid. <http://www.elpais.com/articulo/madrid/aumenta/abandono/ancianos/hospitales/inexistenc...>

Martínez P, 2007. Abandono social en el adulto mayor: comité de calidad de servicios de enfermería, México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>

Mendoza, V. 2005. Dudas y sugerencias: proyecto de creación. UNAM. Mendovic@servidor.unam.mx

Mesa Paulo C. 2007. Sensación y percepción, monografía. <http://www.monografias.com/trabajos7/sepe.shtml>

Oropeza Rosa, 2006. Rencores de los hijos hacia los padres, entre las causas del abandono de ancianos. Medición digital. <http://www.medicinadigital.com>

Padilla D. 2005. Sociedad y adulto mayor: Condiciones actuales de desarrollo. <http://participo.blogcindario.com/2005/10/00065-sociedad-y-adulto-mayor-condiciones-a>

Picardi P. 2008. Red Latinoamericana de Gerontología: México. Mujeres ancianas padecen mayor discriminación. <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=1271>.

Ruiperez y Llorente, 2007. Reflexiones en torno al tema del maltrato al adulto mayor: una visión del Instituto de Normalización Provisional, INP. <http://www.ubiobio.cl/cps/ponenciasmaltratohtm/visioninpmaltrato.htm>

Ruiz, L. 2004. Seminario, el ejercicio actual de la medicina. Ética en el manejo del anciano y el discapacitado. <http://www.facmed.unam.mx/eventos/suam2k/2004/ponencia-jun-2k4.htm>.

Santos E. Proyecto de atención para el adulto mayor en pobreza, en Usme-Sumapaz en Bogotá. 2002.<http://www.monografia.com/trabajos20/adulto-mayor-pobre/adulto-mayor-pobre.shtml>

(Apendice 1)



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
MODALIDAD A DISTANCIA
SEDE ACAPULCO



CUESTIONARIO

FOLIO

--	--	--	--	--	--

Buenos _____ señor (a). El objeto de la encuesta es con fines de estudio y pretende identificar cuales son los factores que generan el abandono del adulto mayor hospitalizado por su familia en el Hospital General del ISSSTE de Acapulco Gro.

Le solicitamos su colaboración para responder detalladamente las preguntas que se le plantean. La información que usted nos proporcione será anónima y confidencial. Usted puede o no contestar si así lo desea. Los resultados servirán para generar información, que sirva para elaborar propuestas de intervención en salud, relacionadas con el abandono del adulto mayor.

Por su colaboración mil gracias.

Fecha: _____.

Hora de inicio: _____. Hora de terminación: _____

Domicilio: _____

Procedencia: _____

Padecimientos crónicos degenerativos: _____

Padecimiento actual: _____

Fecha de ingreso hospitalario _____ . Días estancia: _____

Días que tiene dado de alta: _____

No.	Preguntas	Categorías	Escalas
a)	Factores Socio-Económicos.		
1	¿Qué edad tiene?		
2	Sexo	1. Femenino 2. Masculino	<input type="checkbox"/>
3	¿Cuál es su estado civil?	1. Casado 2. Unión libre 3. Soltero 4. Viudo 5. Divorciado	<input type="checkbox"/>
4	¿Cuántos hijos tienen?		E. RECURSOS SOCIALES

5	¿Dónde radica?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tlapehuala 2. Iguala 3. Chilpancingo 4. Tlapa 5. Tecpan 6. Ometepec 7. Acapulco 8. Foráneos 	<input type="checkbox"/>	
6	¿Qué religión profesa?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católica 2. Protestante 3. Ninguna 	<input type="checkbox"/>	
7	¿Sabe leer y escribir?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<input type="checkbox"/>	
8	¿Hasta qué año estudio?	<ol style="list-style-type: none"> 2. Primaria incompleta 3. Primaria 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria 6. Bachillerato incompleto 7. Bachillerato 8. Carrera técnica incompleta 9. Carrera técnica 10. Profesional incompleta 11. Profesional 12. No contesto. 	<input type="checkbox"/>	
9	¿Actualmente tiene algún trabajo donde gane dinero? <i>Si dice no, pase a la pregunta 12.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<input type="checkbox"/>	
10	¿La contratación de su empleo es fija o temporal?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fija 2. Temporal <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/>	
11	¿Cuál es su ocupación actualmente?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Campesino 2. Empleado 3. Obrero 4. Profesionista 5. Pensionado 6. Otra 7. No contesto 	<input type="checkbox"/>	
12	¿Tiene algún ingreso económico? <i>Si dice no, pase a la pregunta 20.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<input type="checkbox"/>	

13	¿De dónde provienen sus ingresos económicos?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pensión 2. Trabajo remunerado 3. Asistencia social 4. Ayuda de familiares 5. Ayuda de amistades 6. Otra 	<input type="checkbox"/>	AI. LAWTON BRODY
14	¿Qué cantidad de dinero mensual percibe?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de un salario mínimo 2. Un salario mínimo 3. Dos salarios mínimos 4. Tres o más salarios mínimos 	<input type="checkbox"/>	
15	¿Maneja su propio dinero?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<input type="checkbox"/>	
16	Si dice no, ¿Por qué no maneja usted su dinero?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No puede por su enfermedad 2. Lo maneja algún familiar 3. Siempre lo han manejado por mí. <input type="checkbox"/> NA (Si lo manejo).	<input type="checkbox"/>	
17	¿Quién maneja su dinero?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos 4. Hermanos 5. Otros 6. No contesto <input type="checkbox"/> NA (Yo lo manejo).	<input type="checkbox"/>	
18	¿La persona que maneja su dinero, le provee de los insumos necesarios para cubrir sus necesidades?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<input type="checkbox"/>	
19	¿En qué trabaja la persona que le ayuda a usted económicamente?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Campesino 2. Empleado 3. Obrero 4. Profesionista 5. Otra <input type="checkbox"/> NA (No se).	<input type="checkbox"/>	
20	¿La casa donde vive usted es?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Propia 2. Rentada 3. Prestada 4. Otra 	<input type="checkbox"/>	
21	¿Cuál es el material principal de	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concreto 	<input type="checkbox"/>	

	construcción de su vivienda?	<ol style="list-style-type: none"> 2. Madera 3. Adobe 4. Cartón 5. Otro 		
b) Estancia Hospitalaria.				
22	¿Qué persona o familiar lo acompañó en su hospitalización?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos 4. Hermanos 5. Otros 6. Ninguna 	<input type="checkbox"/>	
23	¿La persona que lo acompañó, se responsabilizó de usted, proporcionando datos verdaderos para su localización?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<input type="checkbox"/>	PERCEPCION
24	¿La persona que lo hospitalizó le trajo el material de uso personal?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<input type="checkbox"/>	PERCEPCION
25	¿Desde su internamiento en el hospital, su familia se organizó para cuidarlo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<input type="checkbox"/>	PERCEPCION
26	¿Cuántos días lleva de hospitalizado?			
27	¿Hace cuántos días le dieron de alta?		<input type="checkbox"/>	
28	¿Ha recibido visitas desde que lo hospitalizaron? (hoja de control de visitas, durante el periodo de estudio)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<input type="checkbox"/>	
29	¿Cuántas veces lo visitan?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una o más veces al día 2. Una vez a la semana 3. Dos veces a la semana 4. Ninguna vez 	<input type="checkbox"/>	
30	¿Quién es la persona o familiar que más lo visita?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos 4. Hermanos 5. Otros 	<input type="checkbox"/>	
	<i>Si dice ninguno, pasa a la pregunta 35.</i>			

31	¿El familiar durante la visita hospitalaria, lo ayuda a tomar sus medicamentos?	6. Ninguno 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	LAWTON BRODY
32	¿El familiar le ayuda a bañarse?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	KATZ
33	¿El familiar le ayuda a usted, cuando tiene necesidades de eliminación, ya sea colocándole el cómodo, pato o bien el cambia de pañal, etc.?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	KATZ
34	¿Le ayuda su familiar a moverse y/o levantarse?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	AVD. KATZ
35	¿Qué persona o familiar está al pendiente de la evolución de su enfermedad y su recuperación durante su hospitalización?	1. Toda la familia 2. Cónyuge 3. Hijos 4. Nietos 5. Hermanos 6. Otros 7. Nadie	<input type="checkbox"/>	
36	Si dice nadie, ¿A qué cree usted que se deba que nadie este al pendiente de la evolución de su enfermedad y su recuperación durante su hospitalización?	1. Porque mis familiares trabajan 2. No quieren cuidarme 3. No tengo familiares <input type="checkbox"/> No aplica (Si están al pendiente)	<input type="checkbox"/>	
c) Dinámica Familiar.				
37	¿Con quién vive?	1. Solo 2. Cónyuge 3. Hijos 4. Nietos 5. Hermanos 6. Otros	<input type="checkbox"/>	E. RECURSOS SOCIALES
38	¿Con quien comparte su dormitorio?	1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos 4. Hermanos 5. Otros	<input type="checkbox"/>	
39	¿Se lleva usted bien con sus familiares?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	
40	¿Ocupa usted un lugar preferente de respeto en su familia?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	PERCEPCION
41	¿Se interesa y preocupa su familia	1. Si	<input type="checkbox"/>	PERCEPCION

42	<p>por sus problemas de salud?</p> <p>¿Está satisfecho con la forma en la que la familia le expresa afecto y responde a sus sentimientos como enfado, tristeza y amor?</p>	<p>2. No</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p>	<input type="checkbox"/>	PERCEPCION
43	¿En su familia quien es la persona en quien confía?	<p>1. Cónyuge</p> <p>2. Hijos</p> <p>3. Nietos</p> <p>4. Hermanos</p> <p>5. Otros</p> <p>6. Ninguno</p>	<input type="checkbox"/>	
44	¿Recibe ayuda familiar en lo que se refiere a cuidados y mantenimiento de su salud cuando está en casa?	<p>1. Si</p> <p>2. No</p>	<input type="checkbox"/>	PERCEPCION
45	¿Quién le proporciona la ayuda?	<p>1. Cónyuge</p> <p>2. Hijos</p> <p>3. Nietos</p> <p>4. Hermanos</p> <p>5. Otros</p> <p>6. Ninguno</p>	<input type="checkbox"/>	
46	¿Cómo es la actitud de la persona que más lo ayuda o cuida?	<p>1. Amable</p> <p>2. Indiferente</p> <p>3. Descortés</p>	<input type="checkbox"/>	
47	¿Qué ocupación tiene la persona que lo cuida?	<p>1. Campesino</p> <p>2. Empleado</p> <p>3. Obrero</p> <p>4. Profesionista</p> <p>5. Otra</p> <p>6. Ninguna</p>	<input type="checkbox"/>	
48	¿Aunque vive con su familia siempre se encuentra solo?	<p>1. Si</p> <p>2. No</p>	<input type="checkbox"/>	E. RECURSOS SOCIALES
49	Si dice si, ¿Por qué siempre se encuentra, solo a pesar de que vive con su familia?	<p>1. Todos trabajan</p> <p>2. Me hacen a un lado</p> <p>3. Me aisló</p> <p>4. Así me siento bien</p>	<input type="checkbox"/>	

50	¿Ve a sus familiares a menudo?	<input type="checkbox"/> No aplica (No estoy solo). 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	E. RECURSOS SOCIALES
51	¿Sale a paseos, festejos o reuniones, con su familia?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	E. RECURSOS SOCIALES
52	¿Con que frecuencia sale a paseos, festejos o reuniones, con su familia?	4 veces al mes 3 veces al mes 2 veces al mes 1 vez al mes Otra... (#) 5 Nunca	<input type="checkbox"/>	E. RECURSOS SOCIALES
53	Si dice nunca, ¿Por qué no sale a paseos, festejos o reuniones, con su familia?	1. Por mi enfermedad 2. No me gusta 3. Nunca me lleva <input type="checkbox"/> No aplica (Si salgo).	<input type="checkbox"/>	E. RECURSOS SOCIALES
54	¿Existe buena comunicación con su familia?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	PERCEPCION
55	Si dice no, ¿A qué cree usted que se deba la mala comunicación que tiene con su familia?	1. No les tengo confianza 2. No me escuchan 3. No tengo familia <input type="checkbox"/> No aplica. (Tengo buena comunicación).	<input type="checkbox"/>	
d) Factores Físicos y Emocionales del Adulto Mayor.				
56	¿Requiere ayuda para comer? <i>Si dice no, pase a la pregunta 58.</i>	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	
57	¿Quién le proporciona la ayuda?	1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos	<input type="checkbox"/>	AVD. KATZ

58	¿Necesita que le preparen sus alimentos?	4. Hermanos 5. Otros 6. Ninguno 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	AI. LAWTON BRODY
59	¿Para orinar y/o defecar, necesita que lo ayuden? Si dice no, pase a la pregunta 61.	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	AVD. KATZ
60	¿Quién lo apoya para orinar y/o defecar?	1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos 4. Hermanos 5. Otros 6. Ninguno	<input type="checkbox"/>	
61	¿Requiere ayuda para su baño y aseo personal? Si dice no, pase a la pregunta 63.	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	
62	¿Quién le proporciona la ayuda?	1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos 4. Hermanos 5. Otros 6. Ninguno	<input type="checkbox"/>	
63	¿Cuántas veces se baña a la semana?	1. 7 veces a la semana. 2. 4 veces a la semana 3. 3 veces a la semana 4. 2 o menos veces a la semana 5. Otro... (#)	<input type="checkbox"/>	
64	¿Requiere ayuda para vestirse? Si dice no, pase a la pregunta 66.	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	AVD. KATZ
65	¿Quién le ayuda a vestirse?	1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos 4. Hermanos 5. Otros 6. Ninguno	<input type="checkbox"/>	
66	¿Se ocupa usted del lavado de su ropa?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	AI. LAWTON BRODY
67	¿Para acostarse y levantarse, lo hace solo? Si dice no, pase a la pregunta 69.	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	AVD. KATZ

68	¿Quién le ayuda?	1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos 4. Hermanos 5. Otros 6. Ninguno	<input type="checkbox"/>	PERCEPCION	
69	¿Con que se ayuda para levantarse y acostarse?	1. Bastón 2. Andadera 3. Barandales 4. Otros	<input type="checkbox"/>		
70	¿Recibe asistencia médica de control? Si dice si, pase a la pregunta	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>		
71	Si dice no, ¿Por qué no recibe asistencia médica de control?	1. No hay quien me lleve 2. Se me olvidan las citas 3. No se preocupan 4. No siempre está vigente. <input type="checkbox"/> No aplica. (Si recibo asistencia).	<input type="checkbox"/>		
72	¿Asiste solo a sus visitas médicas de control? Si dice no pase a la pregunta 74.	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>		PERCEPCION
73	Si dice si, ¿Por qué asiste solo a sus visitas medicas de control?	1. No hay quien me lleve 2. Quien me cuida trabaja <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/>		
74	¿Quién lo acompaña a sus visitas médicas de control?	1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos 4. Hermanos 5. Otros 6. Ninguno	<input type="checkbox"/>		AI. LAWTON BRODY
75	¿Requiere ayuda para tomar sus medicamentos en horas y dosis correctas? Si dice no, pase a la pregunta 77.	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>		
76	¿Quién le proporciona la ayuda para la toma de medicamentos?	1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos 4. Hermanos	<input type="checkbox"/>		

		5. Otros 6. Ninguno		
77	¿Quién se encarga de que nunca le falten sus medicamentos?	1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos 4. Hermanos 5. Otros 6. Ninguno	<input type="checkbox"/>	
78	Si dice ninguno, ¿Por qué nadie se encarga de que no le falten sus medicamentos?	1. No tengo quien me cuide 2. No se preocupan por mi 3. Nadie se encarga de mis medicamentos. <input type="checkbox"/> No aplica. (Si se encargan)	<input type="checkbox"/>	
79	¿Quién le acompaña cuando tiene que hacerse estudios de laboratorio o gabinete?	1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos 4. Hermanos 5. Otros 6. Ninguno	<input type="checkbox"/>	
80	Si dice ninguno, ¿Por qué nadie se encarga de acompañarle a realizarse análisis o estudios?	1. Quien me cuida trabaja. 2. No se preocupan por mí. 3. No hay quien me cuide. <input type="checkbox"/> No aplica. (Si me acompañan)	<input type="checkbox"/>	
81	¿Su familia se da tiempo para cuidarlo?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	PERCEPCION
82	¿Siempre hay alguien con usted las 24 horas del día?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	
83	¿Cuál es el horario que tiene la persona que lo cuida?	1. Matutino 2. Mixto 3. 24 hrs. <input type="checkbox"/> (No siempre me cuidan)	<input type="checkbox"/>	

84	¿Cómo es el estado de salud físico de la persona que lo cuida?	1. Bueno 2. Regular 3. Malo	<input type="checkbox"/>	PERCEPCION	
85	¿Cómo es la relación que tiene la persona que lo cuida, con la familia?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	<input type="checkbox"/>		
86	¿Cree usted posible, que su familia lo hospitaliza por qué no lo puede cuidar?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>		
87	¿Se siente satisfecho con su vida?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>		
88	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>		
89	¿Se siente triste?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>		
90	¿Tiene miedo a que le pase algo? Si dice si, ¿Por qué?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>		
91	¿Alguna vez ha tenido la sensación de ser una carga para su familia?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>		
92	¿A qué cree usted que se deba, la sensación que tiene de ser una carga para su familia?	1. Por la vejez 2. Por no aportar para el gasto de la casa 3. Porque requiere de cuidados especiales 4. Necesidad de tener una persona que lo cuide 5. Por su enfermedad 6. Costo de los medicamentos <input type="checkbox"/> NA (No tengo sensación).	<input type="checkbox"/>		
93	¿Por su condición de salud, siente que su familia lo rechaza?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>		
94	¿Se siente abandonado por su familia?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>		
e) Características Generales del Cuidador.					
95	¿Tiene a alguien que se encargue todos los días de cuidarlo?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>		PERCEPCION
96	¿Vive con usted quien lo cuida? Si dice si, pase a la pregunta 98.	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>		

97	Si dice no, ¿En qué horario lo cuida la persona encargada de usted, si es que no vive con usted?	1. Matutino 2. Mixto 3. 24 horas <input type="checkbox"/> No aplica.	<input type="checkbox"/>	PERCEPCION
98	¿Qué parentesco tiene con usted?	1. Cónyuge 2. Hijos 3. Nietos 4. Hermanos 5. Otros	<input type="checkbox"/>	
99	¿Cómo le atiende la persona encargada de cuidarlo?	1. Muy bien 2. Bien 3. Regular 4. Mal 5. Muy mal	<input type="checkbox"/>	
100	¿La persona encargada de cuidarle, lo maltrata? <i>Si dice no, pase a la pregunta 102.</i>	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	
101	Si dice si, ¿En qué consiste el maltrato de la persona encargada de cuidarle?	1. Físico 2. Psicológico 3. Económico <input type="checkbox"/> No aplica (No me maltrata)	<input type="checkbox"/>	
102	¿Qué edad tiene la persona que lo cuida?			
103	¿Sabe si la persona que le cuida, tiene alguna enfermedad o discapacidad?	1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>	
104	Si dice si, ¿Qué enfermedad o discapacidad tiene la persona que le cuida?	<input type="checkbox"/> NA (No se).	<input type="checkbox"/>	

Nombre de la persona que realizo la entrevista: _____

(Apéndice 2)

Cuadro 6. Escala de percepción de Abandono del Adulto Mayor sustentado en la teoría de Gestalt.

No.	INDICADORES	SI	NO
1	¿La persona que lo acompaña, se responsabilizo de usted, proporcionando datos verdaderos para su localización?	0	1
2	¿La persona que lo hospitalizo le trajo el material de uso personal?	0	1
3	¿Desde su internamiento en el hospital, su familia se organizo para cuidarlo?	0	1
4	¿Ocupa usted un lugar preferente de respeto en su familia?	0	1
5	¿Se interesa y preocupa su familia por sus problemas de salud?	0	1
6	¿Está satisfecho con la forma en la que la familia le expresa afecto y responde a sus sentimientos como enfado, tristeza y amor?	0	1
7	¿Recibe ayuda familiar en lo que se refiere a cuidados y mantenimiento de su salud cuando está en casa?	0	1
8	¿Existe buena comunicación con su familia?	0	1
9	¿Recibe asistencia médica de control?	0	1
10	¿Asiste solo a sus visitas médicas de control?	1	0
11	¿Su familia tiene tiempo para cuidarlo?	0	1
12	¿Se siente abandonado por su familia?	1	0
13	¿Tiene a alguien que se encargue todos los días de cuidarlo?	0	1
14	¿La persona encargada de cuidarle, lo maltrata?	1	0

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Diciembre de 2008- Febrero 2009.

Indicadores de Abandono.

0-2	No se percibe abandonado.
3-5	Ligeramente abandonado
6-8	Medianamente abandonado.
9-11	Muy abandonado.
12-14	Totalmente abandonado.



(Apéndice 3)
 UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
 FACULTAD DE ENFERMERIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
 MODALIDAD A DISTANCIA



SEDE: ACAPULCO

FOLIO

--	--	--	--

(El mismo del cuestionario)

**HOJA DE CONTROL DE VISITAS HOSPITALARIAS AL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL HOSPITAL
 ISSSTE DE ACAPULCO GRO. DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO**

SERVICIO: _____ . **CAMILLA O / CAMA:** _____

PATOLOGIA ACTUAL: _____ . **SEXO:** _____ . **EDAD:** _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ENTREVISTO: _____

FECHA	DURACION DE LA VISITA	PERSONA QUE LO VISITA	OCUPACION	OBSERVACIONES

(Apendice 4)



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
MODALIDAD A DISTANCIA
SEDE ACAPULCO



Acapulco Guerrero a 9 diciembre 2008

Dra. Ana Isabel Reyes Castro
Encargada del Despacho de la
Dirección del Hospital General "B"
ISSSTE, Acapulco Guerrero.
P R E S E N T E



Con atención
Dr. Guillermo Velásquez Gaona
Jefe de enseñanza e investigación

La que suscribe, M. C. Antonia Flores Hernández, Coordinadora de la Maestría en Ciencias de Enfermería, Dependiente de la facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro con sede en la Unidad Académica de Enfermería No. 2., le solicita a usted de la manera más atenta, autorización del campo clínico de la Institución que usted tan dignamente dirige, con el fin de que la **C. Pasante de la Maestría en Ciencias de Enfermería Amparo Zúñiga Ramos**, aplique un cuestionario, dirigido a todos los adultos mayores que ingresen en los servicios de urgencias y medicina interna, en el periodo comprendido de los meses de diciembre 2008, enero y febrero 2009.

Informándole que dicho procedimiento forma parte del trabajo de investigación a desarrollar en esta institución para su titulación de la Maestría en Ciencias de enfermería. Llevando por titulo el trabajo del estudio **"Factores que generan el abandono del adulto mayor hospitalizado por su familia en el Hospital General "B" de Acapulco Gro."**

Este trabajo permitirá a la Pasante en la Maestría en Ciencias de enfermería su titulación y a la vez aportar a la institución datos importantes sobre la problemática que esta ocurriendo con los adultos mayores.
Se anexa el protocolo del estudio.

Sin otro particular, le reitero de antemano mi agradecimiento por su atención, esperando una respuesta positiva a mi petición.

ATENTAMENTE

M.C. Antonia Flores Hernández
Coordinadora de la Maestría en Ciencias de la enfermería
DIRECCIÓN
UNIDAD ACADÉMICA DE ENFERMERIA N°2
CLAVE: 12-UET0003-Y

C.C. Coordinador de Diagnóstico y Tratamiento del Servicio de Urgencias.
C.C. Jefe de enfermeras del Hospital ISSSTE Acapulco.
C.C. Interesada.



(Apéndice 5)

	SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA DELEGACIÓN ESTATAL ISSSTE EN ACAPULCO DE JUÁREZ, GUERRERO. SUBDELEGACIÓN MÉDICA DIRECCIÓN HOSPITAL GENERAL ISSSTE ACAPULCO Coordinación de Enseñanza e Investigación	 GOBIERNO FEDERAL
---	--	---

Acapulco de Juárez, Gro., a 18 de Diciembre del 2008.

M.C. ANTONIA FLORES HERNANDEZ
COORDINADORA DE LA MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
P R E S E N T E .

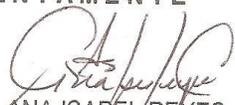
Por este conducto me permito informarle que posterior a someter al comité de ética, enseñanza e investigación de esta institución, el trabajo de estudio, titulado "**Factores que generan el abandono del adulto mayor hospitalizado por su familia en el Hospital General "B" de Acapulco Gro.**". Para el cual se realizaron encuestas a los adultos mayores que ingresen en los servicios de Urgencias y Medicina Interna, en los meses de diciembre 2008, enero y febrero 2009, con fines de titulación de la maestría en ciencias de enfermería, por la C. Pasante de la Maestría en Ciencias de Enfermería Amparo Zúñiga Ramos.

Dicho trabajo de estudio, considerado por el comité en mención como relevante, aportara datos importantes en beneficio de la Institución relacionado al adulto mayor, por lo que se dictamina como aceptado, esperando la conclusión y resultados finales del mismo.

Se extiende el presente de aceptación a petición de la interesada.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE


DRA. ANA ISABEL REYES CASTRO
DIRECTOR MEDICO



C.c.p. - Interesado.
C.c.p. - Enseñanza.

AIRC/SYS

Av. Ruiz Cortinez N° 124, Col. Alta Progreso
C.P. 39610 Acapulco de Juarez, Guerrero
Tels: 4455065 Dir. 4455062 Fax





(Apéndice 6)
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
FACULTAD DE ENFERMERIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. (a) (nombre con iniciales) _____ años edad.
Con funcionalidad mental normal adecuada a mi edad, manifiesto haber recibido la información clara y pertinente, con respecto al proyecto de investigación a desarrollar sobre “la percepción del adulto mayor hospitalizado en cuanto al abandono por sus familiares”, donde se requiere de mi participación, para la identificación de los mismos y búsqueda de alternativas de solución a este fenómeno.

He sido también informada (o), que no habrá daño a mi persona, ni engaño con respecto a las informaciones que recibo, se respetara mi persona, asegurando el anonimato en todos los resultados que se extraigan y su confidencialidad.

Tomando todas estas consideraciones, otorgo mi consentimiento, para participar, libremente y sin presiones a la estudiante de Maestría en Enfermería, para que considere mi participación en dicho estudio y cubra los objetivos especificados en el proyecto de investigación.

ATENTAMENTE

INICIALES O FIRMA DEL PACIENTE

Acapulco Gro. A _____ de _____ 2007

GLOSARIO

Abandono: Es el desamparo o desatención física o afectiva y / o económica de que son objetos los adultos mayores, existiendo la enfermedad y la soledad que hace que estos seres sean muy vulnerables (Ruiz L.2004).

Adulto mayor: Personas que cuenten con sesenta años o más de edad (Ley de los derechos de los adultos mayores, 2002).

Ancianos: Hombre o mujer que tiene muchos años (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Acompañamiento: Servicio asistencial promovido desde instancias públicas u organizaciones de voluntariado, para ofrecer compañía a personas que por razón de edad o discapacidad están marginados y en soledad (Portal Mayores, 2004).

Aislamiento: Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros (Portal Mayores, 2004).

Apoyo social: Disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas. Grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros (Portal Mayores, 2004).

Ansiedad: Forma parte de la vida normal del hombre, es un sentimiento difuso de peligro que nos pone como en actitud de espera (Portal psicogerontológico).

Angustia: Sensación de congoja ante situaciones difíciles, arriesgadas e inseguras (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Afecto: Emoción o estado de ánimo que percibe la persona (Portal Psicogerontología).

Afectividad: Desarrollo de la propensión a querer. Conjunto de fenómenos afectivos (Diccionario enciclopédico Océano, 2001).

Atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de proteger, promover y restaurar la salud humana (NOM – 087 – ECOL – 1995).

Albergue: Lugar en que una persona encuentra resguardo (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Alimentación: Asimilación por parte de un organismo vivo, de las sustancias necesarias para su sostenimiento y desarrollo (Diccionario Enciclopédico Océano 2001).

Autoestima: Opinión emocional profunda que las personas tienen de sí mismas, y que sobrepasa en sus causas la racionalización y la lógica de dicho individuo. También se puede expresar como el amor que tenemos hacia nosotros mismos (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Análisis: Distinción de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Bioética: Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de la ciencia de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales (Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España, 2003).

Cuidadores: Personas que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otros, en sus actividades cotidianas (Instituto del envejecimiento).

Cultura: Se define como formas humanas de hacer las cosas. De manera más académica, se considera la cultura como el conjunto de creencias, comportamientos y obras de los miembros de un grupo social (Glosario básico de envejecimiento).

Calidad de vida: Se refiere al bienestar integral, teniendo en cuenta, condiciones y estilos de vida, así como indicadores, tanto objetivos como subjetivos (Glosario básico de envejecimiento).

Comunicación: Implica el compartir o poner en común expresiones, teniendo en cuenta códigos o formas de comunicar acerca de las cuales hay un mutuo conocimiento y un mínimo de acuerdo (Glosario básico de envejecimiento).

Ciclo vital: Marco conceptual de la psicología del desarrollo, el cual relativiza la edad cronológica, destaca la importancia de influencias históricas, expectativas sociales y experiencias individuales únicas, como aspectos que conforman la vida de cada persona (Glosario básico de envejecimiento).

.Consumo: Acción y efecto de consumir, utilizar géneros para el sustento (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Confusión: Estado de ánimo que se caracteriza por la carencia de pensamientos claros, por trastornos emotivos y, a veces, por trastornos de la percepción (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Capacitación: Es un proceso educativo, aplicado de manera sistemática y organizada, mediante el cual, las personas aprenden conocimientos, actitudes y habilidades en función de objetivos definidos (Idalberto Chiavenato, 2006).

Condicionante: Determina o condiciona (Wordreference.com Diccionario de la Lengua Española, 2005)

Control de salud del Adulto Mayor: Evaluaciones periódicas para mantener o mejorar funcionalidad que se realizan a los mayores de 60 años (Programa del Adulto mayor, Chile 2003).

Conflicto: Colisión u oposición de intereses, derechos, pretensiones, etc. Angustia interior (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Cuidado: Es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para el desarrollo de la persona, su transformación a través de la prevención curación y rehabilitación hacia mejores niveles de bienestar, según Planner (1981, citado en Medina, 1999).

Casas de día: INAPAM, DIF Estatal y Local

Constituyen una importante red de apoyo de las personas mayores. Se trata de centros de atención diurna en donde los Adultos Mayores pasan la mayor parte del día; ahí reciben atención médica, forjan amistades, lo que les permite integrarse socialmente y mantener los vínculos familiares (FUNBAM, 2005).

Discriminación por edad: Diferenciación en el trato, negación a los derechos y oportunidades o el uso de imágenes estereotipadas de los individuos, solamente por su edad cronológica (Glosario portal mayores, 2001).

Despojar: Privar a una persona de lo que tiene. Quitar jurídicamente la posesión de bienes que uno tenía, para dársela a su legítimo dueño (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Desamparar: Abandonar a la persona o cosa que lo pide o necesita (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Demografía: Es el estudio de las poblaciones (Portal de la psicogerontología).

Desplazamiento: Es el hecho de traslado y de moverse o sacar a alguien o algo del lugar en que se encuentra.

Depresión: Estado afectivo caracterizado por una disminución del ánimo. Que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, soledad, desesperación, pesimismo,

sentimiento de culpa, desvalorización, quejas de orden somático como insomnio, pérdida de apetito, como también disminución de la conducta motora y dificultades cognitivas (Glosario Instituto envejecimiento).

Discapacidad: Es toda limitación grave que afecte o se espera que vaya a afectar la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia (Glosario Instituto Envejecimiento).

Dependencia: Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, lo referente al cuidado (Glosario Instituto Envejecimiento).

Envejecimiento: Cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del pasar del tiempo (Glosario Portal Mayores, 2001).

Enfermedad crónica: Enfermedad que dura toda la vida.

Enfermedad: Alteración más o menos grave de la salud. Es un trastorno morboso definido que puede afectar, total o parcialmente al organismo o a la psique (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Esperanza de vida: Números de años, basados en proyecciones estadísticas conocidas que un conjunto de individuos con una determinada edad, pueden razonablemente llegar a vivir (Glosario del Instituto del envejecimiento).

Educación: Se refiere al desarrollo personal del ser humano a lo largo de todo el ciclo de vida (Glosario del Instituto del envejecimiento).

Eliminar: Quitar, separar una cosa; prescindir de ella. Alejar, excluir a una o muchas personas de una agrupación o de un asunto (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Entrevista: Encuentro convenido entre dos o más personas para tratar un asunto, informar al público etc. (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Ética: Parte de la filosofía que trata de la moral. Estudia los actos morales, sus fundamentos y como se vinculan en la determinación de la conducta humana (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Estadísticas: Censo o recuento de la población, de los recursos naturales e industriales o de cualquier otra manifestación de un estado. Presentación ordenada de los resultados numéricos de un suceso, por medio de gráficos, tablas etc. (Diccionario Enciclopédico Océano, 2001).

Factores de riesgo: Son aquellos que son capaces de provocar enfermedades o disfunciones físicas o psíquicas en los seres humanos (<http://deconceptos.com/general/factor>)

Familia: Se define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que tienen una relación por nacimiento, matrimonio o adopción.

Funcionalidad: Capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o el desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto psíquico, físico y social (Glosario del Instituto del envejecimiento).

Hospitalización: Ingreso en un hospital de una persona enferma o herida para su examen, diagnóstico y tratamiento (The free Dictionary, 2007).

Holístico: Es el estudio del todo, relacionado con sus partes. Es la filosofía de la totalidad (Alfaro R.).

Interacción familiar: Es la relación existente entre los miembros de la familia.

Jubilación: Proceso por el cual se pone fin a la vida laboral activa de una persona. Implica un cambio global de la situación vital (individual, social, económica y legal) de la persona que se retira de la vida laboral (Glosario del Instituto del envejecimiento).

Marginación: Consiste en la separación efectiva de una persona, una comunidad, o un sector de la sociedad, respecto al trato social (Wikipedia F. 2009).

Migración: Movimiento de personas a través de una división política para establecer una nueva residencia permanente. Se divide en migración internacional (migración entre países) y migración interna (migración dentro de un país).

Maltrato a personas mayores: Acto único o reiterado, u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza (Glosario del Instituto del envejecimiento).

Mortalidad: Es la magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado (Moreno A. 2000).

Morbilidad: Es el número total de enfermedades/ problemas de salud o condición incapacitante que acontece durante un periodo de tiempo para una población o lugar determinado.

Natalidad: Numero proporcional de nacimientos en un lugar y tiempo determinado (Definiciones ABC, 2009).

Negligencia: Descuido u omisión. Descuido en el actuar; omisión consciente, descuido por impericia o dejar de cumplir un acto que el deber funcional exige (Wikipedia, 2009).

Percepción: Función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información que proviene del entorno.

Pensionado: Persona que tiene o cobra una pensión (Wordreference.com).

Pensión: Asignación que recibe periódicamente una persona por servicios que ha prestado anteriormente, por merito o por cualquier otra razón (Wordreference.com).

Pobreza: Situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso y / o carencia de recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un deterioro del nivel y calidad de vida de las personas, tales como: alimentación, vivienda, educación, asistencia sanitaria, etc. (Wikipedia, 2009).

Población: Conjunto de individuos que habitan en determinado territorio en un periodo de tiempo dado. Conjunto de individuos de la misma especie que ocupan una misma área geográfica (Glosario del Instituto del envejecimiento de Chile).

Pirámide poblacional: Es la representación grafica de la composición de una población según la edad y el sexo.

Rechazo: No aceptación, no admisión o resistencia a algo (Wordreference.com).

Redes: Son formas de interacción social, espacios sociales de convivencia y conectividad.

Red social: Es una estructura social que puede representar en forma de uno o varios gráficos, en el cual los nodos representan individuos y las aristas relaciones entre ellos (Wikipedia, 2009).

Rol social: Conjunto de comportamientos ajustados a las normas y expectativas que rigen la sociedad. Es el lugar que cada uno ocupa en la sociedad a la que pertenece (Glosario Portal de la Psicogerontología).

Rechazo: No aceptación, no admisión o resistencia a algo (Wordreference.com).

Redes: Son formas de interacción social, espacios sociales de convivencia y conectividad.

Red social: Es una estructura social que se puede representar en forma de uno o varios gráficos en el cual los nodos representan individuos y las aristas, las relaciones entre ellos (Wikipedia F. 2009).

Relaciones intergeneracionales: Interacciones entre los individuos de generaciones diferentes (Glosario del Instituto del envejecimiento de Chile).

Sociedad: Es el conjunto de individuos que comparten una cultura, y que se relacionan interactuando entre sí, cooperativamente, para formar un grupo o una comunidad (Wikipedia F. 2009).

Salud: La OMS, la define como “el estado de bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad” (Glosario Portal de la Psicogerontología)

Senilidad: Estado físico y mental deteriorados, debido a la edad avanzada. Ancianidad, edad senil (Wordreference.com).

Senectud: Último periodo de la vida humana, cuando tiene una edad avanzada.

Subjetividad: Es la propiedad de las percepciones, argumentos y lenguaje basados en el punto de vista del sujeto y por tanto influenciados por los intereses y deseos particulares del sujeto (Wikipedia F. 2009).

Sistema: Conjunto de elementos con relaciones de interacción e interdependencia que le confieren entidad propia al formar un todo unificado.

Transición Demográfica: Proceso evolutivo caracterizado por un descenso importante de la mortalidad y de la natalidad (Glosario del Instituto del envejecimiento de Chile).

Vejez: Etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso, y que es el resultado de una compleja interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales (Glosario del Instituto del envejecimiento de Chile).

Valor: Es una cualidad que confiere a las cosas, hechos o personas una situación ya sea positiva o negativa.

Vulnerable: Posibilidad de ser herido o recibir alguna lesión física o moral (Real Academia de la Lengua Española).

Violencia: Uso intencionado de la fuerza física en contra de una persona, con el propósito de herir, abusar, robar, humillar, dominar, ultrajar, torturar, destruir o causar la muerte.

ABREVIATURAS

A V D I	Actividades de la vida diaria instrumental
A V D	Actividades de la vida diaria.
A.M.	Adulto Mayor
A T D O M	Atención domiciliaria
C O N A P O	Consejo Nacional Población
C R O M	Confederación Regional Obrera Mexicana
C O N P R E D	Consejo Nacional para prevenir La discriminación
I N A P A M	Instituto Nacional de las Personas Adultos Mayores
I N S E N	Instituto Nacional de la Senectud
INEGI	Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e informática
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores
O M S	Organización Mundial de la Salud
O P S	Organización Panamericana de la Salud
S E P	Secretaria de Educación Pública
U A G	Universidad Autónoma de Guerrero
V G I	Valoración Geriátrica Integral