

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Dirección General de Investigación



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**NIVEL DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR EN EL ASILO DE SAN
JOSE – CASMA - 2016.**

Doraliza Correa Huaman
Bertha M. Otiniano Huaman
Julia C. Correa Huaman
Manuel Quispe Villanueva

Chimbote - Perú

2016

PALABRAS CLAVE:

TEMA : Abandono- Adulto mayor.
ESPECIALIDAD : Salud del Adulto
LINEA DE INVESTIGACION : 002003 Salud Publica

KEYWORDS:

THEME : Abandonment - Older adult.
SPECIALTY : Adult Health
RESEARCH LINE : 002003 PUBLIC HEALTH

**NIVEL DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR EN EL ASILO DE SAN
JOSE -CASMA - 2016**

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado: Nivel de abandono del adulto mayor en el Asilo de San José –Casma – 2016, tuvo como objetivo, determinar el nivel de abandono del adulto mayor en el asilo San José de Casma-2016. Se trabajó con 25 adultos mayores del asilo San José de Casma que reunieron los criterios de inclusión. Se utilizó como técnica la entrevista para medir las características sociodemográficas, económicas y culturales del adulto mayor. La revisión documentaria de la historia clínica se usó para corroborar los datos de la entrevista y la ficha de observación, para medir la variable de abandono familiar, la mayoría de los adultos encuestados se encuentran en un alto nivel de abandono familiar, los datos se tabularon en el programa Excel luego se procesó la información utilizando el paquete estadístico SPSS.ver,20. Se obtuvieron los siguientes resultados: las edades en que oscilan son en un mayor porcentaje tanto en hombres como mujeres entre 70 a 80 años, así mismo la gran mayoría entre el 86 %y 90 % son viudos, también se encontró que la mayoría son analfabetos seguidos de un mínimo porcentaje que tiene primaria, los adultos antes de ingresar al asilo Vivian con sus hijos en un mayor porcentaje seguidos de los que Vivian con su esposa o esposo, en cuanto a la profesión en las mujeres el mayor porcentaje su casa no tenía profesión y en los hombres el mayor porcentaje eran obreros y algunos que eran comerciantes., en cuanto a su seguro de salud el 100% tiene seguro de SIS. Y finalmente referente a las enfermedades que padecen actualmente en los caballeros en un mayor porcentaje padece de hipertensión arterial de la piel y reumatismo en el caso de las mujeres el mayor porcentaje son diabéticas, también se encontró que el 84 % de los adultos mayores alojados en el asilo San José de Casma se encuentra en un nivel de abandono alto y el 16. % se encuentra en un nivel de abandono medio y el mayor porcentaje corresponde a los adultos de sexo masculino.

SUMMARY

The present research work entitled: Level of abandonment of the older adult in the Asylum of San Jose -Casma - 2016, had as objective, to determine the level of abandonment of the older adult in the asylum San José de Casma - 2016. Se worked with 25 Older adults from the San José de Casma asylum who met the inclusion criteria. The interview was used as a technique to measure socio-demographic, economic and cultural characteristics of the elderly, the documental review of the medical history was used to corroborate the data of the interview and the observation sheet, to measure the family abandonment variable, the Most adults surveyed were at a high level of family abandonment, data were tabulated in the Excel program then processed information using the statistical package SPSS.ver, 20. The following results were obtained, the ages in which they oscillate are in a greater percentage in both men and women between 70 and 80 years; likewise the great majority between 86% and 90% are widowed, also it was found that the majority are illiterate Followed by a minimum percentage that has primary, the adults before entering the asylum Vivian with their children in a higher percentage followed by those who Vivian with his wife or husband, as for the profession in women the highest percentage his house did not have Profession and in men the highest percentage were workers and some who were traders., As for their health insurance, 100% have SIS insurance. And finally referring to the diseases that currently suffer in the gentlemen in a greater percentage suffer from arterial hypertension of the skin and rheumatism in the case of the women the greater percentage are diabetic, also was found that 84% of the older adults lodged in The San José de Casma asylum is at a high abandonment level and 16.% is at an average abandonment level and the highest percentage corresponds to adult males.

INDICE

Tema	Pag. N°
Palabras clave	i
Título de la Investigación	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Índice	v
Introducción	1
Metodología	41
Resultados	43
Discusión	46
Conclusiones	47
Recomendaciones	48
Referencias bibliográficas	49
Anexos	52

INTRODUCCION

1. Antecedentes y fundamentación científica

Condori. (2013). En un estudio titulado "factores asociados a los niveles de abandono familiar en usuarios de 60 a 80 años atendidos en el puesto de salud chijchipani de Azángaro enero a junio 2013. tuvo como objetivo , Establecer los factores asociados en el nivel del abandono familiar, el trabajo fue de tipo descriptivo, de causa - efecto, y de corte transversal, se trabajó con muestra de 20 adultos mayores atendidos en el puesto de salud chijchipani de Azángaro la hipótesis a contrastar consiste en los factores como son las Características personales. Características Familiares .Características Laborales, Enfermedades. Las conclusiones más importantes arribadas en la investigación fueron que los factores personales tienen asociación estadísticamente significativa con los niveles de abandono familiar.

México (2010) tiene una población de 8.5 millones de personas mayores de 60 años de edad y, de acuerdo con las proyecciones del crecimiento poblacional, en el año 2020 este sector se incrementará a 15.6 millones y en el año 2050, la población de adultos mayores alcanzará la cifra de 41 millones mayores de 60 años de edad. El abandono, es que la persona adulta mayor ya no posea una vida laboral útil y comience a generar gastos en la familia. Situación que causa tensión y trasforma el trato de sus hijas e hijos, amistades y parientes cercanas Al sufrir una fractura con las personas más cercanas, el anciano tenderá a replegarse o desplazarse a un rincón de la casa. Reduciendo aún más su núcleo social y la interacción con los demás, provocando cuadros depresivos y aislamiento. Otro caso frecuente ocurre cuando la familia se apodera de los bienes materiales de la o el adulto mayor, aprovechando su fragilidad, falta de memoria o dependencia. El abandono cobra sentido cuando al dueño original se le ignora, o se le agrede (física o verbalmente) y en ocasiones se le desplaza de la familia llevándolo a asilos o albergues en contra de su voluntad. Cifras del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, afirman que 60 de cada 100 personas de la tercera edad que ingresan a sus centros gerontológicos, presentan rechazo o total abandono de sus hijos, además carecen de recursos económicos, por lo

que la institución hace un llamado para fortalecer la cultura del envejecimiento exitoso y saludable. (México inv- pilar -2010)

Espín, A. (2008), en Cuba, realizó un estudio sobre la caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Los resultados registran que los cuidadores informales son en su mayoría del sexo femenino, entre los 40 y 59 años, hijos de los enfermos, casados, sin vínculo laboral en un alto porcentaje y con predominio de universitarios, en la muestra. La mayoría de los cuidadores atendían al enfermo por razones afectivas, no tenían experiencia de cuidar a un enfermo crónico y llevaban menos de 1 año en esta labor, no tenían información acerca de la enfermedad, padecían de problemas nerviosos, óseos y musculares, entre otros y su estrategia de afrontamiento era, fundamentalmente, la búsqueda de apoyo externo. La afectación de índole socioeconómica era mayormente en el poco tiempo libre, problemas económicos y conflictos familiares. Los sentimientos negativos más frecuentes fueron la angustia o aflicción, el miedo y la desesperanza.

Velásquez Valdivia (2007) Envejecimiento en el Perú un reto para salud a nivel Aproximadamente uno de cada tres adultos mayores en el Perú tendría acceso a un beneficio por vejez. Esta cobertura para adultos mayores, no es suficiente porque este grupo también está expuesto a ciertos riesgos más difíciles de ser cubiertos en términos financieros y que corresponden a los requerimientos de servicios de salud. En el Perú el 82% de la PEA no está afiliada a ningún sistema de pensiones y el 64% no cuenta con seguro de salud. El acceso de los ancianos a los servicios de salud es muy bajo comparado con otros grupos de edad. El 79% de los ancianos reportaron que sufrían de algún malestar o enfermedad y que solo el 36% de los mayores de 65 años que se reportaron enfermos utilizaron servicios de salud.

Condori (2011)El presente trabajo de investigación titulado: " Factores asociados a los niveles de abandono familiar en usuarios de 60 a 80 años atendidos en el puesto de salud Chijchipani de Azángaro ,Enero a Junio 2013 ".tiene como objetivo general: Establecer los factores asociados en el nivel del abandono familiar en usuarios de 60 a 80 años atendidos en el puesto de salud Chijchipani de Azángaro octubre a noviembre del 2,011 el trabajo fue de tipo descriptivo, de causa

- efecto, y de corte transversal, se trabajó con muestra de 20 adultos mayores atendidos en el puesto de salud Chijchipani de Azángaro la hipótesis a contrastar consiste en los factores como son las Características personales. Características Familiares .Características Laborales Enfermedades las conclusiones más importantes arribadas en la investigación Los factores personales tienen asociación estadísticamente significativa con los niveles de abandono familiar

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, (2007)se realiza un programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente en los servicios de medicina del HNDAC.La provincia de Azángaro tiene la tasa más alta de mortalidad en el adulto mayor mientras que en el año 2011 las estadísticas del programa nacional contra la violencia familiar y sexual atendieron 1744 casos de los cuales 1647 fueron por violencia familiar y 72 casos por violación sexual siendo el centro de emergencia de la mujer Juliaca que atendió 499 casos.

Según los estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2000 el mundo contaban con 590 millones de personas de setenta o más años de edad y en el año 2025 serán 1100 millones, con un aumento del 224 por 100 en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitara tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

Entre los logros obtenidos en el siglo XX con los avances de la tecnología y del conocimiento científico, fue aumentar la expectativa de vida de la población, lo que trajo como consecuencia una revolución demográfica, hecho para el cual los diferentes estados no estaban preparados para asumir. Podemos decir que los países industrializados cuyo crecimiento poblacional de adultos mayores se desarrollaron en forma gradual, está en mayor capacidad de adaptarse y de ajustar los planes de acción ya proyectados para esta situación.

Mientras los países que están en vía de desarrollo viven en la inmediatez, escasamente pueden afrontar su situación actual y no han contemplado

las políticas necesarias para legislar, no tienen estrategias para enfrentar este nuevo y arrollador desafío y por la falta de tecnología y recursos no tienen manera de prepararse para asumir el crecimiento de una población que en el año 2025 llegara a ser cuatro veces mayor a lo esperado.

"El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital".

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interacción y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada " Calidad de Vida" y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

El abandono que sufre la tercera edad es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar, historias que describen la realidad de miles de adultos mayores.

Una de las razones más comunes es cuando una persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece; situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, etc. Siendo esta última de gran importancia para el fortalecimiento y crecimiento de una familia [Univ.cat. Chile]

Al producirse un quiebre en los puntos antes nombrados (comunicación, afectividad, etc.), la tercera edad se repliega o es desplazada a un "rincón" del hogar, reduciéndose su mundo social provocando en el sujeto (tercera edad) una serie de repercusiones tales como abandono familiar social, aislamiento transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estadios de ánimo, etc. Otro de los casos recurrentes es en situaciones en donde el sujeto de la tercera edad es padre o madre y recibe a su hijo (a) con su familia (allegados), siendo estos un

apropia miento del hogar en una forma temática y paulatina de este (hogar), desplazando al sujeto en estudio a dependencias reducidas el ignoro de su opinión y/o en muchas situaciones se produce un ambiente de agresión tanto físico, verbal y psicológico, ocasionando en el agredido daños psicológicos, neuronales, emocionales, conductuales y en algunos casos físicos que por la avanzada edad del sujeto son daños irreparables médicamente hablando.

Cuando el sujeto en cuestión pertenece a un grupo familiar extenso y ninguno de los componentes de la familia se quiere preocupar o hacerse cargo del cuidado de este, viviendo periodos cortos en los hogares de quien le haya tocado el turno de cuidarlo, haciendo sentir que es una carga; circunstancia que lo lleva a estados de depresión, desequilibrio emocional, rechazo y el estado anímico decae, llevándolo a cuadros depresivos que en muchos casos se desea que llegue al momento de morir para llegar al término de su calvario

Siendo esta etapa de la vida la más dura y triste para una persona que debería disfrutar y descansar con agrado hasta el término de su vida, instancia que toda persona desea.

Las situaciones antes descritas son unas de las muchas que existen a diario en perjuicio de las personas de la tercera edad, situaciones que tienen una repercusión dañina para un grupo familiar y para la sociedad en sí. Existe una pérdida de identidad para la familia y la sociedad, se extingue la historia que se trasmite verbalmente, sabiduría que se adquiere a través de los años y el adulto mayor la posee. El maltrato físico; si bien las escasas estadísticas no reflejan la realidad en su totalidad, se manifiesta en forma de golpes todo tipo de maltrato corporal. El abuso sexual; Cuando se produce un acto de naturaleza sexual contra la voluntad de una persona. Puede darse a través de palabras o gestos insinuantes, manoseos, caricias inapropiadas, exhibición de genitales y violación. **El maltrato psicológico o emocional;** cuando los mayores se convierten en dependientes económicos, físicos y emocionales de sus hijos, muchas veces se invierten los roles. El tener que dejar el rol de adulto independiente para ocupar el rol de adulto dependiente, los coloca en una situación de riesgo si se trata de una familia con características violentas el anciano es víctima de las mismas conductas autoritarias y humillantes

que reciben. **El abuso patrimonial o maltrato económico;** Cuando hablamos de abuso patrimonial o maltrato económico nos referimos al "mal uso o explotación de dinero o de las posesiones del anciano, así como el bloqueo de acceso a éste de dichos bienes "lo que implica" daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o falsificación de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas mayores".

En este sentido, se ha constatado que muchas veces es el propio entorno familiar más cercano el que provoca este tipo de abusos, dejando al adulto mayor sin posibilidad de decidir en qué gastar su dinero. Esto incide directamente en la pérdida de autonomía del Adulto Mayor. Muchos de estos adultos mayores no satisfacen sus necesidades básicas de alimentación y salud, porque han sido despojados de sus ingresos (Viguera ,2008). En este sentido, al analfabetismo es un gran obstaculizado a la autonomía del adulto mayor.

LAS RELACIONES FAMILIARES Y EL ABANDONO DE SU DOMICILIO

La edad, la enfermedad, la soledad y las condiciones económicas condicionan que muchos ancianos abandonen la vida en su propio domicilio.

El sexo parece ser también un factor condicionante en esta situación, de forma que los varones, probablemente por su falta de competencia en las tareas domésticas diarias, cuando enviudan suelen pasar a vivir con sus descendientes, habitualmente una hija. Esta situación se da menos entre las mujeres que viven solas más tiempo, aunque precisen ayuda ocasional para tareas pesadas. El número de ancianas que viven solas es proporcionalmente muy superior, aspecto que también se puede ver condicionado por su mayor longevidad y el hecho de que se suelen casar con hombres de mayor edad. (Poletti,1980)

2. Justificación de la Investigación

El abandono del adulto mayor en el Asilo San José de Casma, nos interesó por la falta de respeto de la familia y la sociedad hacia la persona de la tercera edad, siendo que merecen llevar una vida digna y tranquila, no tomando en cuenta sus

defectos, ya que como seres humanos no somos perfectos y ante todo debemos mostrar humanismo hacia estas personas.

Es importante conocer los cambios que surgen en la vejez y como son manifestados en su conducta y su sentir, desafortunadamente como sociedad no comprendemos lo que implica llegar a esta etapa, no nos engañemos la catalogan como una perdida, un deterioro y no como un progreso del cual podemos enorgullecer y aprender.

Como investigadores nuestro reto es poder contribuir, modificar o reforzar mejores modelos de vida con diferentes parámetros de solución, en el Asilo San José, con la finalidad de que el adulto mayor se desarrolle a plenitud y a su vez, esta información contribuya a realizar programas sociales, de igual manera se pretende que esta tesis sea considerada como guía para tratar y dirigirse a las personas de la tercera edad, con el propósito de que terminen su vida con calidad y dignidad.

3. Problema:

¿Cuál es el nivel de abandono del adulto mayor en el asilo San José de Casma 2016?

4. Marco referencial.

ADULTO MAYOR:

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo; esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo; en el Perú y la mayor parte de Sudamérica, hacen parte de este grupo étnico las personas que cumplen 60 años. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son los que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono.

La mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y plantean que es: " un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte" En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata.

En el anciano se incrementa el temor a lo desconocido, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad. Estos son agravados por pautas culturales que los ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven, determinando los roles que deben desempeñar.

Otras reacciones negativas que puede sufrir el anciano ante la angustia y frustración provocadas por las pérdidas son la depresión y regresión. La depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento pero se relaciona con el ámbito social estrecho en que vive el anciano, el cual lo conduce al aislamiento. Esto no se debe necesariamente a que el anciano viva solo, sino a que se le dificulta entablar nuevas relaciones significativas y algunas veces se presenta una rigurosa resistencia a abordar nuevas amistades.

Existe un sentimiento de impotencia para satisfacer las necesidades, lo cual le provoca frustración, miedo e infelicidad.

LA TERCERA EDAD COMO FASE DEL CICLO VITAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR

La "tercera edad" o *ancianidad* supone una fase, habitualmente la postrera, del

ciclo vital del individuo. Como tal, presenta unas características particulares (experiencia de vida, mayor disponibilidad de tiempo libre, etc., si bien con merma de las capacidades físicas e intelectuales, pérdida de seres queridos...) resultantes de una situación de crisis que, bien resuelta, debería conducir a una etapa productiva y gratificante para la persona. En contraste, la evolución de este proceso de crisis en un sentido improductivo o patológico, puede dar lugar a que el individuo enferme o a que sus procesos patológicos previos empeoren, con una posible repercusión añadida sobre su sistema de convivientes.

Dichas situaciones críticas podemos esquematizarlas como sigue (Pittman FS, 1990):

1) **Jubilación:** repentinamente, la persona anciana se encuentra en una situación de pérdida de poder, de propósito y de contexto, pérdidas que son tanto más graves cuanto más centrada en el trabajo tenga su vida la persona. El anciano se encuentra con mucho tiempo y muy poco que hacer, con la dificultad añadida de un empobrecimiento en su red de relaciones por la pérdida de los compañeros de trabajo. En el más común de los sistemas de pareja que predominan en la actualidad, para la mujer, que es la que hasta entonces ha permanecido en casa, la jubilación del esposo supone un aumento de su trabajo: la presencia de éste puede desbaratar el horario y actividades diarias a que se había habituado, si bien también se pueden compartir en mayor grado las responsabilidades del hogar. La consecuencia suele ser que la mujer evoluciona hacia roles más instrumentales y el hombre hacia roles más expresivos y afectivos.

2) **Soledad y pérdidas:** la viudedad de la mujer es más habitual en nuestro medio dado que la edad media de vida es menor en los hombres y que las mujeres suelen casarse con hombres mayores que ellas. El fallecimiento del cónyuge puede suponer aspectos negativos para la mujer, pero también algunos positivos, como la independencia y un cierto bienestar económico. Para el hombre, la situación de viudedad puede ser un acontecimiento dolorosamente inesperado: habiendo delegado muchas tareas de la vida diaria en su esposa, puede

encontrarse de repente abrumado e impotente, incapaz de valerse por sí mismo. Es frecuente comprobar como muchos hombres ancianos y solos no funcionan bien, teniendo que recurrir a la ayuda e incluso a la asistencia y convivencia con los hijos si es que disponen de esa posibilidad. A veces pueden optar por formar una nueva pareja para conseguir esos cuidados y aliviar su situación de soledad, lo cual, si la persona elegida es afín a sus gustos y carácter, puede resultar en una mejoría de su calidad de vida. Existe una puntualización a esta circunstancia, y es que los hijos den su aprobación a un estado de cosas que para ellos puede ser desconcertante, ya que pueden entender que su padre necesite a alguien que la cuide, pero sienten que ellos no necesitan una nueva madre.

La situación puede no ser tampoco sencilla si el padre/madre sigue viviendo solo o pasa a convivir con ellos. Acostumbrados a unas normas y límites establecidos por ellos en su propia familia nuclear, pueden encontrar difícil tolerar e incluso interpretan mal signos que van aparejados con el envejecimiento y tomarlos por defectos de carácter. Sucede así con síntomas como olvidos, descuidos en la higiene, quejas hipocondríacas, rigidez en algunas costumbres, etc. Para que se puedan adaptar a las nuevas características de la convivencia y consigan mejorar la comunicación se requerirá una adaptación al ritmo más pausado del anciano.

3) *Crisis de cuidado y dependencia*: una situación especialmente crítica ocurre cuando los padres no pueden cuidarse por sí mismos y precisan del cuidado de los hijos. Esto supone un cambio estructural muy importante, como veremos más adelante, no sólo para los hijos, con sus propias familia nuclear y sistema de convivencia que deben readaptarse, sino también para el anciano/s que pierden su independencia física y su

Sistema de normas y costumbres, y se ven en la tesitura de entrar en un sistema que ya no es el suyo, con esos “viejos desconocidos” que son ahora sus hijos. La resolución de esta crisis de dependencia va a requerir de una aceptación realista de las fuerzas y limitaciones y la habilidad para ser dependiente por parte del anciano. Será necesario también que el hijo adulto tenga la habilidad para

aceptar el papel del cuidador y, al mismo tiempo, seguir siendo hijo. El objetivo debería ser llegar a un tipo de relación de ayuda que se ha dado en llamar *madurez filial*, que define un proceso en el cual ambos, padres e hijos, han de aprender a colaborar.

El caso más difícil y doloroso se produce cuando el anciano que no puede vivir solo por más tiempo, se ve en la necesidad de que alguien esté con él y esto o es muy difícil o es incluso imposible (no tiene hijos, estos viven lejos o incluso en otro país, no quieren/pueden hacerse cargo del cuidado, etc.). Se puede entonces plantear la posibilidad de la *institucionalización* (siempre como último recurso), circunstancia que, como veremos también más adelante, puede remover profundamente los cimientos de toda la familia.

Teniendo en cuenta estas situaciones críticas y desde un punto de vista psicopatológico relacional, con la expresión *tercera edad* nos referiremos a aquella fase de la vida en la que el individuo percibe y afronta, solo o en pareja, la reducción progresiva de sus competencias, capacidades y salud, de sus posibilidades de moverse y de elegir, características sobre las que se articulan los diversos pasos de la vejez (Cancrini L et al., 1996). Dichos pasos se suceden con diferentes grados de intensidad y con diferente potencial residual de adaptación (propio de cada individuo y de su sistema), en un contexto además en el que a menudo se replantean viejas y nuevas formas de dependencia del otro y de los otros.

Esta fase tiene cabida en el contexto socio familiar en el que los cambios acaecidos en la sociedad en general y en la estructura familiar en particular durante este último siglo han modificado y siguen modificando la situación de las personas ancianas. Pese a estas transformaciones, si las relaciones familiares se mantienen estrechas y cálidas, si se conservan y cuidan las amistades y si las actividades sustitutivas y de ocio son efectivas, la concurrencia de algún tipo de deterioro se tolerará mucho mejor. En esta fase de la vida, tanto los familiares como las relaciones de amistad son fundamentales para mantener la

autoestima Así, se ha asociado el que la persona anciana mantenga unos niveles de interacción social y actividad altos con una menor mortalidad (Miranda M, 1991). El rol de abuelo, por ejemplo, en lo que conlleva de cuidado y relación con los nietos, supone también para el anciano una oportunidad para ampliar y enriquecer determinados aspectos de su personalidad que anteriormente no había tenido oportunidad de desarrollar, con la consiguiente satisfacción mutua.

En lo referente a la familia en particular, la transformación de su estructura en la segunda mitad del pasado siglo ha dado lugar a nuevas características: Existe un menor número de miembros por generación debido al descenso en la tasa de natalidad.

Hay una mayor probabilidad de coincidencia de varias generaciones dentro de una misma familia como consecuencia del aumento de la esperanza de vida.

Tendencia al incremento de los vínculos familiares verticales (aumentan los abuelos y bisabuelos) y disminución de los horizontales (disminuye en general el número de hermanos, tíos y primos).

Los roles familiares perduración durante más tiempo: los padres pueden seguir ejerciendo como tales durante cuatro o más décadas; los abuelos, fácilmente durante dos o más.

Son objetivables modificaciones en el patrón de la familia debido a los cambios en las elaciones matrimoniales (familias reconstituidas, monoparentales, etc.), con probable repercusión en la forma de envejecer de las próximas generaciones, entre las cuales muchas habrán pasado también por la experiencia del divorcio.

La encuesta del INSERSO de 1995 (Agüera-Ortiz L et al., 2002) da una idea de la importancia prioritaria que sobre las personas mayores tiene la vida familiar: el 44% considera estas relaciones “muy satisfactorias”, el 46% “bastante satisfactorias” y sólo el 5% “poco satisfactorias”. Las interacciones familiares son diarias en un 31% de los casos, con una comunicación telefónica diaria entre padres e hijos del 40%.

Otro aspecto nada despreciable a destacar es el que alude a la función protectora de la familia con un miembro anciano. Actualmente en nuestro país, la familia es la principal proveedora de cuidados, en parte por la escasez de organizaciones formales dedicadas a este menester, pero sobre todo porque el cuidado de los ancianos de la familia constituye una de las reglas familiares más arraigadas y generalizadas en los diferentes lugares de España. Así, es frecuente encontrar en la práctica clínica matrimonios ancianos en el que uno de sus miembros ejerce las funciones de cuidador principal del otro cónyuge, afectado de un proceso que le incapacita física y/o psíquicamente, con ayuda variable por parte de los hijos si los hay, y con una importante carga física y anímica en esta persona hasta el punto de acabar desarrollando a su vez sentimientos de rabia, desbordamiento, depresión... También podemos recoger múltiples casos en los que la responsabilidad de ser cuidador recae, incluso como norma "tradicional", sobre uno de los hijos (en muchos ámbitos suele ser la hija menor de la fratria), que puede verse imposibilitada para una adecuada desvinculación.

En lo referente al subsistema de pareja, supone ésta uno de los vínculos más importantes (si no el que más) de la vida adulta. En esta etapa de la vejez puede darse incluso el mayor grado de estabilidad y satisfacción conyugal. También pueden producirse divorcios y/o formación de nuevas parejas, frecuentemente sin un compromiso formal, entre ancianos viudos y separados principalmente. Varios acontecimientos que ocurren cerca de o durante esta etapa suponen una gran influencia para su evolución y son detectados en muchos casos en la clínica diaria:

- La emancipación de los hijos, en la actualidad muy retrasada aun hasta edades avanzadas de los padres, y que puede dar lugar al conocido como "síndrome del nido vacío".
- La jubilación laboral, que conduce a que pareja se reencuentre en el hogar durante la mayor parte del tiempo.
- La relación con los hijos adultos y con las parejas de estos hijos (con frecuencia, más problemática).
- Las dificultades relacionadas con las dificultades en la comunicación sexual y el cambio de estilo de relación sexual.
- La enfermedad o incapacidad de un miembro de la pareja, que da lugar, como

queda comentado más arriba, a relaciones diferentes de cuidado, dependencia y responsabilización.

- El cuidado de otras personas dependientes y la forma en que esto es aceptado por el otro miembro de la pareja: padres o hermanos (de la propia familia de origen o de la del cónyuge), hijos y nietos.

Estas experiencias pueden repercutir en las relaciones conyugales dando lugar a desequilibrios en el sistema, en particular si el funcionamiento previo de la pareja ya era insatisfactorio o desadaptativo. Es un momento propicio para que se pongan de manifiesto conflictos no cerrados y carencias que previamente permanecían encubiertas y que ahora pueden resultar enormemente destructivos en el sentido de una convivencia insatisfactoria o de una ruptura de pareja.

LA TERCERA EDAD CUANDO APARECE LA ENFERMEDAD MENTAL

El proceso de normal evolución del envejecimiento puede verse alterado por la aparición de múltiples enfermedades orgánicas y psíquicas, las cuales van a implicar de diversas maneras al sistema de convivientes. Veamos algunos ejemplos de formas de enfermar¹, frecuentes en la tercera edad, con las peculiaridades que les son propias por su propio proceso vital y por el contexto familiar en que se inscriben.

1. El Sentimiento Depresivo En El Anciano: “No Puedo, No Sé”

Dejando aparte aquellas posibles causas particulares que los ponen en funcionamiento, los trastornos vividos en este período de la vida suelen relacionarse inevitablemente con la percepción y la toma de conciencia de la fase que el individuo está atravesando. Así, el desarrollo de un *sentimiento depresivo* relacionado con la pérdida de fuerzas y de intereses no afecta obviamente a todas las personas ancianas, pero sí que aparece, en cambio, en la mayor parte de las personas ancianas que presentan problemas psiquiátricos. Dicho sentimiento se puede manifestar (Cancrini L et al., 1996):

De forma directa y explícita como *vivencia depresiva*, con más o menos lamentos y riesgos, manifestada de modo reposado y frágil; o bien resaltando de forma aburrida y agresiva las propias dificultades personales, lo cual acaba concretándose en una trampa interpersonal peligrosísima (sobre todo para los hijos), hecha de

cansancio y de sentimientos de culpa, de acusaciones y de quejas, capaces de envenenar y hacer imposible tanto la convivencia como la separación. Este segundo caso puede llevar incluso a un estado de cosas en que las exigencias de tipo sanitario o social, favorecidas a menudo en su desarrollo por la tendencia a la autodesvalorización característica del movimiento depresivo y por el sentimiento de estar “cada vez más de sobra”, acaban suministrando buenas razones para alejar al anciano del ámbito familiar.

- En forma de *acentuación depresiva del déficit de prestaciones*: la posibilidad de un pseudodeterioro depresivo de la inteligencia (lo que se ha venido denominando con el término, cada vez más en desuso, *pseudodemencia depresiva*) debería estar siempre presente en la mente del terapeuta, sobre todo si el decaimiento del anciano se produce coincidiendo con acontecimientos traumáticos como, por ejemplo, la hospitalización o la institucionalización. No hay que descuidar tampoco la posible aparición de un fenómeno totalmente opuesto: la existencia de un deterioro inicial vivido por el anciano como seriamente invalidante da lugar al desarrollo, por este motivo, de un cuadro depresivo que es necesario identificar, diagnosticar y tratar adecuadamente, teniendo en cuenta, entre otras cosas, que se presenta con una plasticidad sinuosa y poco conocida aunque interesante.

¹ Me referiré aquí tan solo a ejemplos dentro del ámbito de la salud mental, por escaparse el amplio campo de las enfermedades orgánicas crónicas a la intención de este trabajo.

² Paradójicamente, el logro de incrementar la esperanza de vida ha coincidido en todo el mundo con un aumento de la tasa de suicidios, debido precisamente a la mayor frecuencia con que los ancianos deciden abreviar su vida.

- En forma de *neurosis de angustia*, con una fuerte tendencia a la somatización. Ésta se construye realzando y sobrevalorando (mediante la interacción con convivientes, médicos...) aquellos pequeños trastornos orgánicos relacionados con la edad (dolores inespecíficos, déficit funcionales mínimos, etc.). Este proceso da lugar al desarrollo de una compleja red de relaciones interpersonales capaces de

funcionar en su conjunto como una gran red de protecciones entrecruzadas definitorias de un cuadro que, en muchos aspectos, acaba asemejándose al de las neurosis fóbicas.

- Por último, el sentimiento depresivo puede manifestarse en forma de *organización delirante* de la personalidad, más o menos facilitada por el déficit prestacional (o por el sentimiento que, en ese sentido, pueda tener el anciano). Es raro que la emergencia subjetiva señalada por la organización delirante de la personalidad se muestre por primera vez en esta fase, sin que a lo largo de la existencia del sujeto su personalidad previa haya manifestado previamente, al menos, rasgos en este sentido. Por lo que se refiere al origen de esta forma de aparición, en el razonamiento es necesario tener en cuenta la importancia de otros factores concomitantes (por ejemplo, el alcoholismo), es decir, el modo en que los problemas propios de esta fase del ciclo vital acentúan y desequilibran una situación que antes ya era precaria.

Cabe hacer una última observación en referencia a lo compleja y desequilibrada que puede ser la interacción que se establece, en el anciano marcado por la presencia de un deterioro intelectual, entre los recursos de un individuo empujado a la plena utilización de las capacidades intelectuales que aún le quedan y las concomitantes de tipo organizativo. Como ejemplo evidente tenemos casos como la institucionalización y la pérdida de una persona querida.

2. *El Anciano Con Demencia: Cuando Los Recuerdos Se Borran*

El aumento de vida media de la población está haciendo que cada vez sean más habituales algunas patologías que antes estaban poco consideradas, como son todas las que afectan al anciano preferentemente. Destacan, entre éstas, los cuadros de demencia. El impacto que las demencias en general y la Enfermedad de Alzheimer (la forma más frecuente de demencia de tipo degenerativo, caracterizada por presentar lesiones corticales difusas y ser de etiología desconocida) en particular

está teniendo en la sociedad es enorme. Se trata de una enfermedad que somete a los familiares del anciano a un gran desgaste físico y psicológico, al tiempo que compromete los recursos sanitarios comunitarios obligándoles a buscar nuevas formas de atención más flexibles, que coordinen actuaciones diagnósticas y terapéuticas con medidas socio familiares (Bruna O et al., 2001).

Durante muchos años, el deterioro mental y la demencia del anciano eran considerados factores *normales* del envejecimiento; los ancianos un poco débiles, tendentes a contar sus “batallitas” fuera de contexto y a hacer comentarios poco coherentes con la situación social, eran al principio tolerados y después, cuando se volvían fastidiosos, institucionalizados. La visión de que era un proceso irrecuperable e inevitable se consideraba normal, junto a la noción de base de que se tratasen de problemas de naturaleza puramente orgánica.

En realidad, efectivamente, la mayor parte de los deterioros seniles y de las demencias orgánicas tienen su base en alteraciones neuroanatomías objetivables, pero, sobre todo en lo referente a su velocidad de evolución y capacidad de adaptación, podrían tener una evolución mucho mejor si se pusiesen en marcha medidas de apoyo y de terapia para el paciente dirigidas a reconsiderar con mayor atención su presencia en el contexto en el que vive. Es importante considerar además que la mayor parte de las demencias surgen concomitantemente con traumas, duelos y cambios del ciclo vital que, de improviso, parecen agravar rápidamente y transformar en impactantes los déficit seniles que hasta entonces se habían mantenido en equilibrio, a pesar de que la gravedad del cuadro orgánico hubiese estado presente ya desde tiempo atrás. A menudo, la instauración de la enfermedad se complica con trastornos depresivos reactivos que aumentan la gravedad de la situación e invalidan ulteriormente al paciente.

La demencia se define clásicamente como *un deterioro psíquico profundo, global y progresivo que altera las funciones intelectuales básicas y desintegra las conductas sociales*. La aparición del síndrome demencial suele producirse de forma solapada y progresiva, y se caracteriza por fenómenos como la dificultad en el control de las reacciones afectivas (expresadas como indiferencia o afectividad excesiva), los

trastornos de la memoria, las manifestaciones caracteropáticas, las acentuaciones progresivamente llamativas de algunos rasgos previos de la personalidad (desconfianza, avaricia, lamentaciones, excesiva irritabilidad, etc.), o bien por pródromos de tipo neurótico, como excesivo cansancio (de características neurasténicas), reducción del rendimiento intelectual global, o vagos trastornos de la memoria y del rendimiento laboral. A veces pueden manifestarse síntomas psicóticos, tales como delirios de persecución o de culpa.

Durante el período de estado de la demencia, el cuadro está dominado por las alteraciones de la inteligencia y de la memoria, en las cuales se basa fundamentalmente el diagnóstico: en el momento de la detección de la enfermedad y en las formas más leves, el cuadro se caracteriza por una moderada pérdida del recuerdo sobre todo de los acontecimientos más recientes, o también por el olvido de nombres, números de teléfono, instrucciones, conversaciones y hechos de la vida cotidiana; hay además una lentitud en operaciones mentales, pérdida progresiva de las asociaciones, de la crítica y del juicio. El cuadro progresa con graves alteraciones de la memoria a corto plazo, con amnesia de fijación y empobrecimiento, con posterior desaparición, de los recuerdos remotos. En los casos más graves, el paciente llega a conservar sólo la memoria del material más tenazmente retenido, mientras las nuevas informaciones son rápidamente olvidadas. El sujeto comienza cualquier acción y se olvida de llevarla a término puesto que no recuerda haberla empezado: puede quemar la comida por olvidarla en el fuego, dejar correr el agua del grifo en la bañera provocando una inundación... A lo largo de este proceso, la afectividad es más bien indiferente o, en ciertos períodos, incongruente (risa o llanto inmotivado o imprevisto). La actitud general y el comportamiento se alteran: la mímica es pobre, la mirada apagada; el paciente descuida su propia persona y aparece desaliñado; a menudo se ocupa en actividades incomprensibles, no advierte las situaciones de peligro real y puede tener intranquilidad psicomotriz e insomnio. Es en esta fase, obviamente, cuando las reacciones del ambiente tienen su máxima importancia por razones de tipo emotivo pero también, a veces, por razones de orden concreto.

Resulta evidente la implicación que puede tener la familia o sistema de convivientes en la progresión de este proceso. Ya cuando se confirma el diagnóstico de demencia, la familia experimenta sentimientos de desconcierto, duda, inquietud, angustia... con lo que una valoración y orientación dirigida a ellos en esta fase puede ser necesaria ya. Tras este momento inicial y durante un período de tiempo variable para cada familia, ésta intentará comprender y asumir qué es lo que está sucediendo, con la comprensible dificultad en esta tarea. En este período pueden surgir signos (sensación de angustia, somatizaciones y depresión) que evidencian la dificultad familiar para encajar los cambios que se están produciendo. Según progresa la enfermedad, los miembros de la familia van siendo testigos, con frecuencia impotentes, del avance imparable del deterioro: son objeto de las alteraciones de conducta, de las oscilaciones del estado de ánimo, de los incidentes ocasionados por descuido u olvido; padecen el cambio de personalidad de su ser querido, hasta que llega a parecerles un desconocido. La familia se ve empujada a reaccionar reordenando la vida familiar, intentando adaptarla a las necesidades que el enfermo va presentando en cada momento y a las posibilidades personales, laborales, sociales y económicas de sus miembros (De la Serna I, 2000). El sistema familiar ha de establecer quién desempeñará el rol de cuidador principal, mientras el resto de los componentes tendrá que decidir el tipo de colaboración que van a aportar y la organización de la asistencia que van a prestar a la persona afectada. A medida que evolucione la enfermedad en los términos arriba descritos, es habitual que en algunos momentos y de forma reactiva a las alteraciones de conducta, agresividad... del enfermo, el cuidador puede también expresar algún síntoma de irritación, ansiedad o depresión.

El impacto de la evolución posterior de la enfermedad puede llegar a ser enorme, si bien el máximo grado de repercusión recae sobre todo en la figura del cuidador principal. Se ha comprobado que los cónyuges cuidadores de pacientes con demencia presentan altos niveles de ansiedad, depresión, ira, culpa y aislamiento social; también mayor incidencia de enfermedades orgánicas como diabetes, artritis, úlcera gastroduodenal y anemia. Si el cuidador principal es un/a hijo/a, se produce una modificación de responsabilidades, habitualmente difícil de asumir, que se ha denominado *inversión de papeles*: el hijo actúa como padre/madre de su progenitor,

con cierto posible sentimiento de culpa por relevarle de sus funciones, así como pena y dolor al ser testigo del progresivo deterioro de una persona a la que quiere.

Los restantes miembros de la familia son también actores importantes en los acontecimientos, y se ven obligados a aprender y desempeñar un nuevo papel dentro del sistema. Esta tarea puede ser compleja de realizar cuando se han de satisfacer al mismo tiempo las necesidades diarias de la persona enferma, de la familia y las propias. En el núcleo familiar se producen cambios especialmente en ámbitos como las funciones de la persona, la relación y la comunicación con el enfermo. Toda la dinámica familiar cambia automáticamente y pasa a estar en función de las necesidades del paciente. Pero también él/ella ha de adaptarse al intercambio de roles, lo que le supondrá perder parte de su independencia, responsabilidad y liderazgo. Ésta puede resultar de por sí una tarea extremadamente dura, pese a que la propia enfermedad puede haber socavado ya estas características. Casi con certeza experimentará frustración, desánimo e incluso depresión cuando compruebe su progresiva incapacitación (esto sucede más probablemente en fases iniciales de la enfermedad, cuando el grado de deterioro es leve y no entorpece este grado de autoconciencia). Las funciones que desempeñaba previamente en la familia y el tipo de persona que es modulan en parte el nuevo papel que podrá adquirir al verse afectado por la enfermedad. Cuando el papel del miembro enfermo cambia, las expectativas de cada miembro de la familia con respecto a los otros también se modifican respecto de las que durante años de convivencia habían adquirido, lo cual puede ser causa de malentendidos o conflictos. Es necesario un tiempo diferente para cada familia, un proceso de ajuste que, en casos en que los miembros habían permanecido distanciados o con roles poco definidos, puede ser incluso provechoso (Bruna O et al., 2001).

A este ya complejo entramado de relaciones puede añadirse una nueva circunstancia, consecuencia de la evolución de la enfermedad y no exenta de polémica, que es la *institucionalización* del anciano. De todos aquellos fenómenos relacionados con esta medida, uno de los que menos nos damos cuenta es el esfuerzo de organización de los esquemas de comportamiento que necesitan el anciano y su sistema familiar, ya

sobrecargados, para afrontar esta realidad nueva y diferente. Las personas adultas están tan acostumbradas a utilizar rápidamente las indicaciones de comportamiento relacionadas con el cambio de costumbres y las percepciones que le permiten moverse en un nuevo lugar que infravaloran a menudo las dificultades específicas que el anciano tiene que afrontar en esta situación. Por ejemplo, las dificultades de la memoria de fijación pueden haber permanecido ocultas durante largo tiempo gracias a la rigidez de las costumbres en casa y en sus inmediatas cercanías (por ejemplo, compras en los proveedores habituales, desplazamientos en el barrio habitual de residencia, etc.), pero se revelan en todo su dramatismo cuando el anciano se encuentra en un ambiente totalmente nuevo. En este tipo de situaciones, la reacción depresiva puede estar relacionada con la percepción imprevista del propio deterioro, así como con el abandono del hogar (que a veces puede haber sido incluso deseado) y con una difícil convivencia. El círculo vicioso que se establece en este momento entre la vivencia depresiva, la disminución de la iniciativa y el empeoramiento de las prestaciones, puede llevar al personal de la institución elegida a reacciones catastróficas de fastidio y empujar al anciano hacia elecciones de tipo sustitutivo que acentúan aún más la depresión y agravan la pérdida de autonomía. El misterio que se abre en este momento es el referente a la relación entre el sufrimiento más o menos cubierto por el déficit prestacional y las ganas de vivir del anciano. Parece comprobado que el anciano deprimido muere mucho más rápidamente que el que ha alcanzado mejores niveles de integración. Esta impresión se confirma por los casos en que la muerte de un anciano se produce poco tiempo después de la de aquellas personas con las que ha compartido su vida, lo cual vuelve a realzar el valor prioritario de los factores de orden emotivo sobre el destino y sobre la esperanza de vida de los seres humanos que llegan a esta difícil fase del ciclo vital. A pesar de todo ello, no hay que descuidar la importancia de una valoración realista del problema que constituye, antes que nadie para el anciano, la situación de deterioro intelectual.

ALGUNAS PUNTALIZACIONES EN FORMA DE CONSEJOS PRÁCTICOS

En relación con lo descrito para el paciente anciano enfermo, la posibilidad de

individuado en la enfermedad o en el deterioro físico y mental una razón inmediata para la depresión del paciente anciano debería utilizarse siempre, además de para planificar y aplicar los tratamientos que consideremos adecuados para ambos procesos, para poner en marcha una intervención centrada en la elaboración del duelo que se relaciona con dicha razón. El penoso sentimiento de inseguridad suscitado por el envejecimiento y por sus manifestaciones personales y/o sociales representa, en efecto, el motor habitual de las manifestaciones del anciano. Es a ello a lo que el terapeuta debe dirigir su búsqueda y escucha, efectuando esta escucha en la terapia individual o, quizás menos frecuentemente, en un sistema más amplio, pero buscando minimizar siempre la inclusión todos aquellos factores y personas cuya presencia en el tratamiento sirva para señalar aún más la situación de enfermedad del paciente.

En cambio, en las situaciones en que los síntomas de un anciano son la expresión, en forma de emergencia subjetiva, de un malestar interpersonal que concierne a las personas implicadas en una relación con el propio anciano, es preciso actuar de manera muy diferente. Deberemos tener presente entonces que, en las parejas y en los sistemas familiares de los que el paciente anciano forma parte, la emergencia sintomática que se evidencia en el ámbito de éste puede fácilmente servir para disfrazar la dificultad personal de los otros. Muy especialmente, aquellas temáticas del tipo *institucionalización* hay que afrontarlas dentro de una situación caracterizada por la flexibilidad del contexto, no asumiendo a priori la necesidad de esta medida, así como por la confianza en la posibilidad de activar los recursos de los sistemas de los que el anciano forma parte (curiosamente, de modo semejante a como se afrontan diversas problemáticas del niño). Una activación que hay que confiar, en algunos casos, a la clásica *terapia familiar conjunta*, sin que esto vaya necesariamente en detrimento, en otros casos, de una búsqueda cuidadosa y sistemática de las personas o de las organizaciones de voluntariado capaces de dar, cuando sea necesario, tiempo y solidaridad para la atención de los aspectos sociales y de cuidado.

Es fundamental tener en mente la particular peligrosidad, en este tipo de situaciones, de las hospitalizaciones y de los procedimientos médicos no motivados por razones

realistas. Dado que a menudo dichos ingresos y procedimientos médicos dificultan el trabajo que se debe desarrollar sobre todo en el plano psicológico al aumentar el sentimiento de miedo y de insuficiencia que se encuentra en la base del malestar del anciano, la indicación debe hacerse sólo si es absolutamente precisa una vez estudiado el caso concreto con precisión, y, en cualquier caso, en el dispositivo más adecuado para el problema emergente.

DIFERENCIA ENTRE ENVEJECIMIENTO, ENFERMEDAD Y DESARROLLO

La población de 60 años en adelante no es homogénea ya que existen variaciones en las características demográficas y socioeconómicas de estas personas ancianas, dividiéndose en 2 grupos: Los viejos – jóvenes: Este grupo lo constituye las personas de 60 a 75 años, están saludables, utilizan sus recursos y talentos en forma individual, desde mi punto de vista es lo más satisfactorio para el adulto mayor.

“El segundo grupo lo forman personas de 75 años en adelante hay ancianos que se mantienen fuertes e independientes, pero la gran mayoría se enfrenta a condiciones que limitan sus actividades de su vida diaria debido a sus padecimientos y necesitan el apoyo de terceras persona para la realización de las mismas, lamentando que no todos los ancianos se encuentran al cuidado de personas que los tratan con dignidad y respeto. En este último periodo de vida humana, todas las funciones disminuyen progresivamente, llevándonos a la muerte, reconociendo que es un estado natural Fisiológico y todo ser humano llegaremos a vivirlo. 12 de agosto de 1999, en el Diario Oficial de la Federación Juan Ramón de la Fuente, (Secretario de Salud) y que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 reconoce que el perfil demográfico del País a sufrido una transformación radical, al efecto creciente de los programas preventivos de salud, lo que a provocado que se presente un crecimiento de los grupos de edad más costosos, de larga evolución y de difícil prevención, tales como cardiovasculares, la demencia, el cáncer, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Las aspiraciones de salud enfocadas a las personas de la tercera edad, es el bienestar, el balance entre sus entornos internos y externos sus procesos emocionales, espirituales,

sociales, culturales y físicos que le permitan estar en un nivel óptimo de funcionamiento para lograr una existencia buena y satisfactoria (Gomez,2010).

Actualmente es indiscutible el derecho de los adultos mayores a participar activamente en los programas de salud, tanto en el sector público como privado y los cuales el auto cuidado representa una alternativa eficaz para el logro de los objetivos ya que el mejorar los conocimientos sobre aspectos de salud control y disminución de factores de riesgos y promoción de conductas de auto cuidado, se traducirá en una población más saludable. El auto cuidado no es solo una función inherente a los profesionales de la salud, sino que también involucran al adulto mayor a su familia, vecinos a los grupos voluntarios y a la comunidad en general debido que la salud es uno de los aspectos de más importancia para la vida de las personas, especialmente las de edad avanzada, ya que el riesgo de enfermar o morir forma parte de su vida cotidiana no descartando la baja calidad de asistencia médica y social que en general se ofrece a este grupo de población.

En gran parte de los países en desarrollo impera el mito que la “enfermedad y la discapacidad son resultados inevitables del envejecimiento sin embargo no se debe seguir compartiendo la creencia que la vejez y la enfermedad son sinónimos” ya que la distinción entre enfermedad y envejecimiento ha sido articulada por “Robert Khon“: Explicando que el envejecimiento envuelve cambios universales, inevitables como: la disminución de las capacidades físicas, sensoriales y cognoscitiva. Mientras que la enfermedad son cambios anormales ya que no suceden a todos los miembros de una especie. Las enfermedades mentales son unas de las más padecidas por el adulto mayor, durante los siglos pasados las enfermedades mentales eran consideradas como: posesión demoníaca, después como un castigo divino para los grandes pecadores de la humanidad y sin tener el conocimiento que simplemente es una discapacidad. Ya que envejecer no produce alteraciones de memoria suficientes para afectar las actividades cotidianas, por lo regular las personas de la tercera edad padecen de demencias, que son una serie de enfermedades progresivas basadas en el proceso degenerativo del cerebro, que afecta la memoria, pensamiento,

comportamiento y vida emocional.

Es común que el anciano y sus familiares no reconozcan estas demencias, erróneamente las atribuyan al proceso de envejecimiento, existen en el mundo muchos ancianos que sufren diversas condiciones crónicas degenerativas, como la enfermedad de Parkinson o de Alzheimer entre otras, que los limita física, mentalmente y acaban con su independencia, haciendo a mucho de ellos víctimas de la marginación, el abandono y el maltrato. Las personas ancianas que se ven afectadas por alguna demencia y carezcan de la paciencia de sus familiares o la ausencia de estos para hacerse responsable de sus cuidados, lamentablemente pasaran a las filas de los grupos vulnerables en estado de desamparo. Para Kohn: “el envejecimiento no solo puede diferenciarse de la enfermedad sino también del “desarrollo” ya que lo define como: el proceso que lleva a la persona al nivel máximo de madurez y por lo tanto aumenta su capacidad funcional, es decir el proceso de envejecimiento comienza en el punto máximo de madurez y ocasiona que las capacidades funcionales comiencen a disminuir”.

La salud se percibe como la riqueza de la vida cotidiana, un desequilibrio en cualquiera de las esferas que forman el mundo de las personas de edad avanzada, puede ser que pasen de la salud a la enfermedad en el grado e intensidad en que su capacidad de adaptación lo determine. Es cierto que las relaciones familiares continúan siendo un aspecto fundamental en la vida de las personas de edad avanzada en todas partes del mundo, ya que influyen en el desarrollo físico y principalmente emocional del anciano. En el transcurso del tiempo el adulto mayor tiene la necesidad de aceptación, respeto, cariño y trato digno por parte de su familia y sociedad, es necesario rescatar su dignidad y autoestima

CAMBIOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

La ancianidad es último periodo de la vida humana, cuando todas las funciones disminuyen progresivamente su actividad hasta paralizarse, no es una enfermedad sino un estado natural fisiológico al que no llegan todos.

“El envejecimiento no es un fenómeno que aparece en forma evidente a una edad precisa; es un proceso lineal que se precipita o se retarda por una asociación de factores biológicos, sociales y mentales, el sentimiento de envejecer es vivido por el individuo como pérdida, despojo como un estado premonitor de la muerte, es un sentimiento de angustia ocasionado por la sensación y el temor que algo vital se está perdiendo definitivamente, este sentimiento no es abstracto es concreto y es social, basado en los acontecimientos que le estén ocurriendo al individuo” (retiro de la vida activa, reducción del ingreso económico, el aislamiento consecutivo el stress etc.)

Las condiciones de vida de las ancianas y las reacciones psicológicas consiguientes parecen ser el punto de partida del proceso que conduce al fenómeno psicológico fundamental en la vejez que es la pérdida de estimación y la pérdida de confianza en sí mismo, con el sentimiento de abandono de soledad angustiosa como consecuencia. “En los cambios psicológicos y sociales: el envejecimiento no puede ser tratado como un mero proceso biológico sino también cultural, mental y social, de tal modo que debemos analizar el proceso del envejecimiento desde todos estos puntos de vista abordando lo Biológico pero también el Psicosocial, Psicocultural, Socioeconómico y Político.

En la valoración de los cambios físicos que ocurre en la vejez, existe la tendencia a fragmentar al adulto mayor, considerando las transformaciones que confronta como ocurriera en un sistema aislado, esta apreciación tiene el error de no ver la función del organismo como un todo” (Guillen,1998).

Desde el punto de vista “fisiológico el funcionamiento adecuado del cuerpo depende de una apropiada función celular, tisular de los sistemas y el mantenimiento del adecuado funcionamiento, llamado homeostasis, envuelve una serie de complejos bioquímicos y fisiológicos, y casi todos los organismos y sistemas del cuerpo participan en este proceso”(Hernandez T. 2002); cabe entonces preguntarse si la homeostasis es mantenida en el anciano y dentro de estos límites puede ocurrir.

La mayoría de las personas mayores son capaces de tener una vida normal e independiente y muchos procesos corporales parecen ser normales bajo condiciones básicas, sin embargo, también es cierto que muchos procesos fisiológicos en los organismos se vuelven menos efectivos, bajo ciertas circunstancias, con el aumento de la edad por lo que generalmente se acepta que durante el envejecimiento existe una declinación en la competencia funcional del individuo.

DESCRIPCIÓN DEL DETERIORO A NIVEL ORGANISMO DE UNA PERSONA DE EDAD AVANZADA

Con ánimo de facilitar una mejor comprensión del tema y sin perder de vista que el organismo interactúa como un todo, es necesario considerar unos aspectos particulares del envejecimiento.

“Sistema nervioso central: el cerebro disminuye en 10 % de los 35 a los 70 años, se presenta la disminución de la velocidad en conducirse y aumento del tiempo de respuesta reflejo, algunos ancianos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales como la agilidad mental, disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, disminución en la memoria a corto plazo y alguna pérdida en la habilidad del aprendizaje también enlentamiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controla su postura.

Sistema nervioso autónomo: existe una disminución de la sensibilidad de los baroreceptores lo que condiciona una predisposición a la hipotensión postural, existe deterioro en la temperatura corporal, pueden existir trastornos en la regulación del tono muscular y en el control de los esfínteres involuntarios, lo que puede conducir a problemas tales como incontinencia urinaria.

Sentido de la visión: aparición de hundimiento de los ojos, laxitud de los párpados, reducción de la cantidad de lagrime y aumento de la presión intraocular, pupilas

contraídas, reflejo lento, deterioro de la agudeza visual, lenta adaptación a la oscuridad y deterioro de la percepción visuo-espacial.

Audición y equilibrio: caracterizada por el deterioro de la sensibilidad a tono de frecuencia alta a la percepción, disminución de los sonidos, deterioro del control postural reflejo lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo y mareo, disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad.

Olfato y gusto: las papilas gustativas se reducen en un 64% a la edad de 75 años, pérdida en la elasticidad en los músculos y cartílagos laringeos, cambios en la voz, deterioro de los sentidos del olfato y gusto con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos y mal nutrición”(Guillen)

“Sistema locomotor: músculos, huesos y articulaciones, pérdida de la masa muscular, predisposición a calambres musculares, predisposición al desarrollo de hernias tanto internas como externas abdominales, debilidad muscular, disminución de la estatura, osteoporosis, disminución de la confianza y seguridad para la actividad.

Sistema gastrointestinal: tejidos blandos (encía), reducción del tamaño del hígado, disminución de la velocidad del tránsito intestinal, predisposición a la caries dental problemas de absorción de alimentos y constipación.

Sistema respiratorio: capacidad vital disminuida, deterioro de la difusión de oxígeno, deficiencia respiratoria disminuida, disminución de la sensibilidad y eficiencia de los mecanismos de defensa del pulmón tanto como la aclaración de moco y el reflejo de la tos, predisposición a las infecciones.

Sistema cardiovascular: deterioro de la micro circulación, presencia de soplos cardiacos, disminución de la capacidad física, insuficiencia venosa.

Sistema génito-urinario: falla en la respuesta rápida a cambios de volumen circulatorio, disminución de la capacidad de excreción por el riñón, dispareunia (dolor al coito) en la mujer, incontinencia urinaria, aumento de la susceptibilidad

de las infecciones.

Piel: piel seca, arrugada, frágil y descolorida, pelo cano y caída parcial o total del mismo, unas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento, disminución de las propiedades de aislamiento de la piel, necesaria para la termorregulación.

Sistema inmunológico: disminución de la respuesta inmunológica de tipo humoral, aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones, a la enfermedad inmune y el cáncer” (Guillen,2008)

Sistema endocrino: cambios en la secreción de la hormona antidiurética, predisposición a la descomposición en los enfermos diabéticos, respuestas metabólicas lentas.

Los ancianos con mayor frecuencia padecen enfermedades crónicas, que incapacitan o limitan su funcionamiento por tiempo prolongado que demanda un monto considerable de recursos tanto monetario como de servicio, la vejez no es una enfermedad y por extraño que parezca, rara vez es causa de muerte.

Cuando los médicos no pueden interpretar los síntomas de la enfermedad o la causa de la muerte, recurren al empleo de la expresión general de “vejez”, se necesita todavía una gran cantidad de estudios para comprender los desórdenes degenerativos de la edad avanzada.

La mayoría de las personas de edad avanzada presentan enfermedades crónicas prolongadas, una invalidez o enfermedad mental como son: enfermedades virales con complicación, insuficiencia renal, reumatismo, artritis, osteoporosis, diabetes, cáncer, Parkinson, Alzheimer, las enfermedades mentales constituyen entre la gente de edad un grave problema de salud que va en aumento, se supone que, a menudo cuando uno más tiempo vive, tanto mayores son las posibilidades que tienen de padecer incapacidades siquiátricas.

SITUACIONES ESPECIALES DEL ADULTO MAYOR

En la etapa de la vejez se presentan muchos conflictos, el solo hecho de aceptar ser anciano, es un problema lo que representa una necesidad de buscar una nueva identidad, aparece una serie de diferencias en las costumbres con la nueva generación, sin embargo hay otros que se fueron amoldando al progreso social, la cultura influye en estas posturas y nos aproxima a lo que sucede a nuestro alrededor la incultura aísla al anciano del mundo, reduciéndolo a un círculo frágil y limitado. Los eventos trascendentales que enfrentan las personas de edad avanzada son siguientes:

“Soledad: esta situación se presenta como falta de integración social, por diversos factores como la viudez, jubilación, cambios de salud, separación de los hijos etc.

Viudez: es la pérdida de uno de los cónyuges, la pérdida de seres queridos es una probabilidad alta en la etapa de la vejez para la persona que queda, es triste perder a alguien con quien se ha estado en contacto estrecho y se ha compartido muchas experiencias de la vida, la viudez en todo individuo trae problemas emocionales, el periodo de pena (aflicción) que sigue la pérdida por muerte se debe considerar como un proceso de angustia, con restitución y restablecimiento de la personalidad ante la pérdida, la aceptación de la pérdida dura normalmente de 1 a 6 semanas, dependiendo de la relación afectiva que haya existido entre la pareja y la edad del individuo, el anciano puede presentar por su pena las siguientes manifestaciones desvelo, tristeza la mayor parte del día, depresión, absorción de la imagen de la persona muerta

El buen manejo de los sentimientos de dolor puede prevenir las alteraciones graves y prolongadas en el ajuste social de las personas, la adaptación del individuo viudo depende de su equilibrio físico, psíquico, social y emocional, la viudez es más común en la edad avanzada que cualquier otra etapa de la vida al perder la esposa o el esposo puede tener efectos devastadores en el individuo que le puede causar la muerte.

Jubilación: el retiro es un proceso real en las sociedades actuales, se puede decir que existen dos tipos de retiros, voluntario incluye la decisión para disfrutar los últimos años con una pensión escasa, muchos tienen que ajustar el presupuesto ya que los ingresos tienden a reducirse, y el retiro obligatorio o involuntario, se incluye por la falta de salud por dar paso a los trabajadores jóvenes etc”.

El retiro del trabajo por medio de la jubilación provoca alteraciones emocionales al adulto mayor y en muchos casos pérdida del papel social individual, que está ligado a su trabajo u ocupación, factor importante para lograr la identidad ante la sociedad, la pérdida del papel acostumbrado requiere de cambios y ajustes necesarios para un nuevo plan de vida, muchas veces la jubilación proporciona seguridad económica pero no estabilidad emocional, por que el individuo, acostumbrado a cumplir con un horario de trabajo, a compartir con sus compañeros sus ideas, a obtener satisfacciones en su productividad, tiene que dejar todo esto para permanecer más tiempo desocupado en el hogar, circunstancia negativa para el o ella, pues lo (la) hacer sentir como una persona inútil y, por lo tanto, se produce un aumento de sus incapacidades físicas y mentales.

“Separación de los hijos: esta es una experiencia más dolorosa regularmente para la madre que para el padre, pues ella es quien ha estado la mayor parte del tiempo al cuidado de sus hijos, y verlos crecer y alejarse es algo que ahonda más sus problemas emocionales, por esta razón para el hombre es más llevadera la separación de sus hijos, pues usualmente está abatido en su trabajo, esta etapa se da cuando el último hijo abandona el hogar ya sea por casamiento o por independizarse económicamente, para algunas otras personas el nido vacío, es salir de la responsabilidad de los hijos en cierta medida una liberación, fuente de satisfacción y logro.

Cambios en la salud: se ha evidenciado que esta se deteriora con la edad y que las personas de edad avanzada tienen una mayor tendencia a padecer de enfermedades crónicas, que pueden afectar el funcionamiento, movilidad,

participación en actividades y la comunicación con el mundo que lo rodea, la salud dependerá de cosas como nivel de educación, recursos económicos, dieta, nutrición, edad, sexo etc. Hablando específicamente de salud en las mujeres de edad avanzada por fortuna y a cursaron la etapa de menopausia que es un periodo cuya característica central es la cesación fisiológica del flujo menstrual, al cual acompañan otros trastornos cuya duración no está bien delimitada, que puede ocurrir de los 40 a 55 años regularmente”.

“Actividad sexual: al anciano le lleva más tiempo en lograr la erección, eyaculación y volver a excitarse, la erección tal vez no sé tan firme como cuando era más joven, y podrían necesitar algún estímulo manual de su pareja para hacer su pené más erecto, el motivo de esto es que los vasos sanguíneos que sirven al penen, que se congestiona durante la erección no son tan elásticos como lo fueron antes, también hay una reducción en la cantidad que se eyacula, lo que produce un orgasmo menos poderoso, los cambios fisiológicos también ocurren en la mujer reside en la incapacidad de la vagina de lubricarse en forma adecuada es decir la vagina disminuye la producción de hormonas, el órgano se acorta y angosta, pierde elasticidad y se seca lo que ocasiona molestias durante el acto sexual.

Las personas mayores tienen la misma necesidad de intimidad y expresión sexual que la gente joven, las necesidades, el interés sexual continúa hasta los últimos años de vida de un individuo por lo cual ameritan respeto, el impulso por obtener satisfacción sexual no disminuye con la edad, en particular si la persona ha llevado una vida sexual activa en el pasado.

Muerte: el sentido de la muerte siempre les a preocupado a todos los hombres, debido que es algo desconocido no experimentado lo cual ocasiona miedo, la muerte está presente en todos los seres vivos en un niño se sabe que crecerá, la idea de muerte es nula, lo que en el anciano es su perspectiva.

El hombre ha demostrado siempre un gran interés en representar a la vida y la muerte el encontrar el sentido de estas dos situaciones tan variables, mientras la vida encuentra explicaciones científicas, la muerte continua envuelta en una bruma de angustioso misterio, la muerte para el anciano varía según las circunstancias, ellos la representan, en general, como un proceso dinámico en etapas sucesivas de reacciones diversas frente al mismo hecho”.

Las reacciones primarias por parte del anciano es el rechazo o bien aislamiento total, irritación, rebeldía enseguida viene una transición de negociación con una mismo que conduce a la depresión finalmente es el rechazo o la aceptación que va acompañada de miedo a lo desconocido. Para los psicoanalistas lo que más caracteriza al moribundo es la necesidad de tener a alguien a su lado lo cual correspondería a la expansión libidinal y la necesidad relacional, es como un regreso a la relación primaria madre e hijo al nacer.

MALTRATO Y ABANDONO DEL ADULTO MAYOR

La violencia y el maltrato parecen ser sinónimos ya que cualquier tipo de violencia implica maltrato y este se asocia con la acción o acciones intencionales que lesionan no físicamente al individuo sino también su dignidad e integridad como persona.

El maltrato lo relaciono al desamor ya que es el núcleo de todas las inquietudes disfrazadas con mil pretextos egoístas dando forma al maltrato físico y emocional. El desamor es el ingrediente básico de la desintegración familiar, de la degradación humana y sobre todo del indescriptible sufrimiento silencioso en la vejez de miles de ancianos.

El maltrato se presenta indistintamente en todos los niveles económicos, sociales e intelectuales, por desgracia aparece de manera clara y sofisticada en todos los ámbitos, se dice que el problema de maltrato se da en las familias pobres es posible que esa apreciación se deba a que la selección de los estudios realizados ha recaído principalmente en los sectores con de ingreso medio y bajo.

Tampoco hay que desconocer la influencia de la complejidad de los desequilibrios sociales y el aumento de familias que viven en niveles de pobreza y pobreza extrema, el deterioro creciente de la calidad de vida y los recortes del gasto público, la inseguridad y el aumento de la violencia cotidiana en general propician que las personas mayores estén sometidas a la marginación.

Considero necesario mencionar que “Baker A. A. en 1975 denunció el maltrato a ancianos y fue en esta ocasión que por primera vez se utilizó el término “Abuela Golpeada” aunque en la actualidad el Maltrato es un término de uso muy común, el maltrato a anciano estará presente mientras exista la violencia y principalmente los prejuicios contra la vejez”

El maltrato del adulto mayor se encuentra catalogado en la Violencia de Género ya que es aquella que se ejerce de manera principal en función del sexo, en caso de edad y de la situación de vulnerabilidad que se encuentre el adulto mayor, puede ser definido como todo acto que, por acción u omisión provoque daño físico o psicológico a un anciano por parte de un miembro de la familia o cuidador.

“Se pueden distinguir dos formas de maltrato hacia el adulto mayor:

Maltrato activo: privación de artículos necesarios en la vida diaria del anciano, es decir la denegación de recursos vitales y la no-provisión de cuidados a las personas físicamente dependiente, desglosándose en tres formas de abuso:

El *abuso físico*, que consiste en cualquier acción no accidental por parte de los familiares o cuidadores que provoquen daño físico o enfermedad al anciano. Incluye una escala que puede comenzar con un pellizco y continuar con empujones, la intensidad del daño puede variar desde una contusión leve hasta una lesión mortal.

Otra forma activa del maltrato a ancianos es el *abuso emocional o psicológico*, se presenta bajo la forma de hostilidad verbal crónica (insultos, burlas, desprecio, críticas permanentes o amenazas de abandono, desvaloración, etc.) puede llegar hasta el encierro o confinamiento por cualquier miembro de la familia o cuidador y por último el *abuso financiero*, otra categoría de maltrato a ancianos es la forma más habitual en la que ejercen familiares o cuidadores presión excesiva al anciano para la obtención de contratos por malversación, usurpación de bienes, mal uso o destrucción de ellos, y testar con presión deshonestas.

Maltrato pasivo: se refiere al término a las situaciones en que se deja solo u

olvidado al anciano, comprende dos formas de abandono:

El abandono *físico*: ocurre cuando las necesidades básicas del anciano (alimentación, abrigo, higiene, cuidados médicos, protección y vigilancia de las situaciones peligrosas) no son atendidos, temporaria o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el anciano.

El *abandono emocional o psicológico*: consiste en la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo del anciano, ausencia de contacto corporal, caricias, abrazos, besos etc. indiferencia frente a los estados de ánimo como alegría, nostalgia, desánimo etc.

El daño que produce el maltrato al anciano afecta su integridad física provocando en ocasiones traumatismos irremediables y sobre todo deteriora en forma directa su dignidad, reflejada con ansiedad, miedo, nostalgia, sentimiento de inutilidad, desesperanza, mostrándose desgraciado, torpe, enfermo con poca valía, se auto critica negativamente y se encuentra deprimido la mayor parte del día”.

En el Código Penal y de Procedimientos Penales para el Estado de Hidalgo, en el artículo 159. -160 se menciona lo de omisión de auxilio y abandono de incapaz, las penas que se imponen son mínimas, con relación al daño que se provoca en este caso al adulto mayor.

La sociedad no a tomado conciencia que el maltrato al adulto mayor crecerá inevitablemente del mismo modo en que aumentara la cifra de aquellos que sufren demencia senil de tipo Alzheimer. Los investigadores han enfocado los malos tratos al adulto mayor desde diferentes perspectivas: la víctima, el cuidador, la política comunitaria y la sociedad.

“Entre las causas principales que originan el maltrato a ancianos se contemplan las siguientes:

□ Económicas: En razón de la crisis que prevalece en nuestra entidad federativa y desempleo o la insuficiente pensión, trae consigo que los familiares maltraten

pasivamente al anciano.

□ Emocional: la incapacidad de la familiares o cuidadores para enfrentar los problemas que presenta el anciano como lentitud, fatiga, dificultad para tomar decisiones, tendencias sucias etc. los familiares o cuidadores ejercen el maltrato activo por su inmadurez emocional de que algún día llegaran hacer viejos.

□ Biológicas: maltrato causado a los ancianos que no pueden valerse por si mismos, necesitan el apoyo de terceras personas para la realización de sus actividades y satisfacción de sus necesidades básicas, ya que presentan disminución de memoria por la edad ó inhibición psicomotora causada regularmente por enfermedad.

□ Sociales: los familiares o los cuidadores son fármaco dependientes o alcohólicos, de igual forma se incluyen los conflictos ocasionados por que el anciano dejo a su familia en el descuido y en el abandono cuando más lo necesitaban, la sociedad es maltratante cuando no cumplen políticas de protección al anciano en sus derechos y principalmente mostrar deshumanización hacia ellos.

□ Culturales: en este rubro se incluyen las familias, el responsable del cuidado del adulto mayor no cuenta con orientación, educación de la responsabilidad y consideran algo relacionado como “cuando era un renacuajo, vivía con mi abuelita, y me daba muchos palos, ahora yo soy un hombre, y vivo con mi abuelita yo le doy a mi abuelita lo que ella me daba a mí” es decir la transmisión hereditaria de la experiencia de ejercicio de la violencia.

□ El medio social asociada al maltrato es determinante para los ancianos como la:

Pobreza: se presenta en mayor medida en los estratos de menor ingreso, y los

ancianos que no cuentan con bienes o pensión tienen más posibilidad que otros de sufrir malos tratos.

Falta de capacitación y educación: la sociedad ha desarrollado una cultura del castigo, quien tiene la máxima autoridad se aprovecha de los inferiores como los ancianos que se encuentran desvalidos.

Abuso de alcohol y drogas: es inducida por la frustración o desesperación ante los bajos ingresos familiares y mantener a un anciano que produce lastima.

Estrés producido por situaciones adversas: la falta de trabajo y el nulo apoyo moral y económico en caso de las familiares colaterales del anciano.

Historia de maltrato a los padres: de acuerdo con múltiples estudios, es muy alto el promedio de hijos agresores que sufrieron maltrato en su infancia. El comportamiento de los hijos hacia el adulto mayor va a depender de cómo él fue con los hijos.

Las creencias acerca de la necesidad de inculcar la disciplina mediante medidas de corrección física o verbal: por ejemplo; castigan al anciano provocando miedo para que no vuelvan a tirar la comida o se bañen etc.

La típica víctima es la mujer anciana principalmente de 75 años en adelante, ya que se muestra frágil, viudas, incapaces de ser económicamente independientes con impedimento físico o mental que vive en su casa con su cónyuge o familiares.

Quienes perpetran los malos tratos son víctimas de estrés, aislamiento o son productos de la violencia doméstica, la cual se ha convertido, para ellos, en conducta aprendida y habitual, todos los cuidadores que cometen algún tipo de maltrato conviven con su víctima y que los malos tratos pueden ir asociados de un modo significativo con el consumo de alcohol, drogas y síntomas de depresión”

El abuso que se da al anciano por parte del familiar o cuidador es: La incapacidad física y mental del anciano y su dependencia respecto a la familia son causadas y es necesarias una atención diaria, aquellos en que la necesidad de atención del anciano es mínimas y quedan oscurecidas por el comportamiento patológico de las personas que deben proporcionar los cuidados.

En la misma medida que se incrementa el estrés asociado a ciertos factores situacionales y/o estructurales que soporta el agresor, aumenta la posibilidad de cometer actos abusivos dirigidos a individuos vulnerables al que se considera fuerte de dicho estrés.

Los ancianos víctimas de malos tratos son más dependientes que aquellos que no son más maltratados, es decir se cumple la asunción principal de que los ancianos maltratados detectan menos poder y en consecuencia, sus cuidadores tienen poco que perder por causa de sus actos.

Los ancianos están unidos al agresor por lazos de compromiso emocional y quizá de dependencia económica, pero en cierto modo poseen mayor dependencia social, psicológica y económica de la que puedan tener los niños. Es triste que los ancianos sufran de maltrato activo o pasivo, siendo que son personitas que padecen prolongadamente alteraciones físicas o mentales relacionadas a su edad, medio social o enfermedad lo cual implica desventajas considerables para valerse por sí mismas, como sociedad o familiar no somos jueces para sentenciar lo transcurrido de su vida, sino rescatar lo valioso su experiencia y consejos que nos ayudara a crecer como seres humanos y no hay que olvidar que debemos mostrar humanismo hacia ellos.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL ANCIANO DE ASILO DE CASMA.

1.1. Características personales

Edad cronológica:

- De 60 a 65 años.
- De 66 a 70 años
- De 71 a 75 años

- Sexo

Masculino

Femenino

- Estado Civil
- soltero
- casado
- viudo

Grado de Instrucción.

Analfabeto

Primaria

Secundaria

Superior

1.2. Características Familiares.

. Número de Hijos

1.2.1. Persona con la que vivió antes.

-Solo

-Solo con hermanos

-Solo con esposa.

-Con esposa e hijos

-Solo con hijos

1.3. Características Laborales.

Comerciante.

-Artesano

-Agricultor/ganadero

-Obrero

-Empleado

-Ninguno

1.3.1. Ocupación anterior

1.3.2. Ingresos económicos

-Inferior a 200 soles

-De 200 a 300 soles

1.4. Enfermedades

1.4.1. Sis

Si.

No

1.4.2. Tipo de Enfermedad

Enfermedad Crónica

Enfermedad Psíquica

Diabetes

Hipertensión

VARIABLE:

Abandono familiar	2.1 Niveles	2.1.1. Alto	4-6
		2.2.1. Mediano	2-3
		2.3.1 Bajo	0- 1

5.- Hipótesis

El nivel abandono del adulto Mayor en el Asilo San José de Casma 2016 el alto.

6.- Objetivo General.

Determinar el nivel de abandono del adulto mayor en el asilo San José de Casma-2016

Objetivos Específicos

1.-Analizar los factores sociodemográficos, socioeconómicos y culturales de los adultos mayores alojados en el Asilo San José de Casma.

2.- Analizar el nivel de abandono de los adultos mayores alojados en el Asilo San José de Casma, a través de las visitas que reciben la atención y control médico y las necesidades de ropa y medicina.

7.-Metodología del trabajo

-Estudio descriptivo.

7.1 Tipo y Diseño de investigación

- Descriptivo

7.2 Población

Estuvo conformada por 105 ancianos alojados en el Asilo de Ancianos San José de Casma

7.3. Muestra.

Fueron 25 ancianos que reunieron criterios de inclusión hombres y mujeres

Criterios de inclusión.

Ancianos que puedan responder a preguntas.

Orientados y comunicativos.

Que acepten entablar conversación.

Anciano alojado en el asilo.

Criterios de exclusión.

Ancianos con alguna patología que le impida contestar preguntas coherentemente.

7.4.- Técnicas e instrumentos de investigación

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

Se utilizó la entrevista con los ancianos que podían conversar y podían contestar las preguntas, posterior a ello se corroboraron los datos con las fichas de del anciano, así mismo se tuvo la entrevista con el padre Pedro Rozón para el llenado de la ficha de nivel de abandono determinado por el número de visitas y otras características tomadas en cuenta para determinar el nivel de abandono como es la solvencia económica, la vestimenta, las enfermedades etc. La entrevista se realizó en el ambiente general donde los ancianos reposan, tuvo una duración de un promedio de 30 minutos a cada uno. Para la revisión de los datos de ficha se hizo con el apoyo del personal del asilo quienes nos proporcionaron las tarjetas de ingreso de los pacientes.

Nos encontramos que de los 35 entrevistados 10 de ellos no tiene tarjeta de identificación por los que se les saco del estudio, quedándonos solo con 25.

TRATAMIENTO ESTADISTICO:

A continuación, se elaborarán los cuadros estadísticos numérico-porcentuales, con sus correspondientes cálculos estadísticos, interpretaciones y comentarios de acuerdo a los ítems planteados en la entrevista.

RESULTADOS

Tabla 1:

Características sociodemográficas del adulto mayor en el asilo san José de Casma 2016

CARACTERISTICAS				
EDAD	N	%	N	%
70-80	12	80	8	80
81-90	2	13	2	20
91-MAS	1	7		
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	1	7	1	10
CASADO	1	7		
VIUDO	13	86	9	90
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
ANALFABETO	7	47	8	80
PRIMARIA	6	40	2	20
SECUNDARIA	2	13		
ANTES DE ENTRAR AL ASILO CON QUIEN VIVIA				
SOLO	3	20	3	30
ESPOSA	4	27	1	10
HIJOS	8	53	6	60
PROFESION				
SU CASA			7	70
COMERCIANTE	4	27	3	30
OBRERO	11	73		
TIENE SEGURO DE SALUD				
SIS	15	100	10	100
ENFERMEDAD QUE PADECE				
DIABETES	5	33	3	30
HIPERTENSION	8	53	2	20
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	2	13		
PIEL	8	53	2	20
REUMATISMO	6	40	2	20
ENF. DEGENER.	3	20		
TOTAL	15	100	10	100

En la tabla 1 podemos observar las características sociodemográficas de los adultos mayores alojados en el asilo San José de Casma en la que podemos ver que las edades en que oscilan son en un mayor porcentaje tanto en hombres como mujeres entre 70 a 80 años, así mismo la gran mayoría entre el 86 y 90 % son viudos, también notamos que la mayoría son analfabetos seguidos de un mínimo porcentaje que tiene primaria, también se evidencia que los adultos antes de ingresar al asilo Vivían con sus hijos en un mayor porcentaje seguidos de los que Vivían con su esposa o esposo, en cuanto a la profesión en las mujeres el mayor porcentaje su casa no tenía profesión y en los hombres el mayor porcentaje eran obreros seguido por algunos que eran comerciantes., en cuanto a su seguro de salud el 100% tiene seguro de SIS. Y finalmente referente a las enfermedades que padecen actualmente en los caballeros en un mayor porcentaje padece de hipertensión arterial seguido de enfermedades de la piel y reumatismo en el caso de las mujeres el mayor porcentaje son diabéticas.

Tabla 2:

Nivel de abandono del adulto mayor en el asilo San José de Casma-2016

NIVEL	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
ALTO	13	87	8	80	21	84
MEDIO	2	13	2	20	4	16
TOTAL	15	100	10	100	25	100

Fuente: encuesta investigadores 2016

En la tabla 2 podemos observar que el 84 % de los adultos mayores alojados en el asilo San José de Casma se encuentra en un nivel de abandono alto y el 16.5 se encuentra en un nivel de abandono medio y el mayor porcentaje corresponde a los adultos de sexo masculino.

DISCUSION

Referente a la tabla 1 podemos observar que los adultos mayores antes de estar en el asilo Vivian con sus hijos en un mayor porcentaje, asi mismo podemos notar que no hay ingresos económicos de los ancianos, resultados compatibles con los reportados en Mexico , Pilar 2010 en donde Cifras del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, afirman que 60 de cada 100 personas de la tercera edad que ingresan a sus centros gerontológicos, presentan rechazo o total abandono de sus hijos, además carecen de recursos económico.

En la misma tabla se registra que el 100% de adultos mayores posee un seguro integral de Salud, estos resultados actuales son incongruentes por los presentados por Velásquez en el 2007 en donde reporta que El acceso de los ancianos a los servicios de salud es muy bajo comparado con otros grupos de edad. El 79% de los ancianos reportaron que sufrían de algún malestar o enfermedad y que solo el 36% de los mayores de 65 años que se reportaron enfermos utilizaron servicios de salud.

Referente a la tabla 1, nos muestra que un gran porcentaje de adultos mayores experimentan un alto nivel de abandono los cuales se contrastan con los resultados de las características sociodemográficas y económicas de los adultos del asilo en estudio se puede corroborar con lo que dice Poletti, 1980, en donde La edad, la enfermedad, la soledad y las condiciones económicas condicionan que muchos ancianos abandonen la vida en su propio domicilio. El sexo parece ser también un factor condicionante en esta situación, de forma que los varones, probablemente por su falta de competencia en las tareas domésticas diarias, cuando enviudan suelen pasar a vivir con sus descendientes, habitualmente una hija. Esta situación se da menos entre las mujeres que viven solas más tiempo, aunque precisen ayuda ocasional para tareas pesadas. El número de ancianas que viven solas es proporcionalmente muy superior, aspecto que también se puede ver condicionado por su mayor longevidad y el hecho de que se suelen casar con hombres de mayor edad.

CONCLUSIONES

Se arribó a las siguientes conclusiones:

1. En un mayor porcentaje los adultos mayores del asilo San José de Casma están en un nivel de abandono alto.
2. Las edades de los adultos alojados en el asilo son en un mayor porcentaje de 70 a 80 años, el mayor porcentaje son viudos, así mismo la mayoría son varones. El mayor porcentaje son analfabetos seguidos de los que poseen educación primaria, antes de ingresar al asilo Vivian la mayoría con sus hijos y se concluye que los hijos son los que abandonaron a sus padres, todos los adultos mayores encuestados tienen seguro de salud y la mayoría de los adultos mayores sufre una enfermedad crónica cardiovascular y metabólica.

RECOMENDACIONES

1. Recomendar a las instituciones Formadoras de profesionales de la salud, involucrarse en el trabajo que día a día desarrollan las personas voluntarias en dicha institución y comprometerse en sus prácticas profesionales a brindar apoyo a esta población abandonada.
2. Elaborar un proyecto de apoyo con las alumnas del VI ciclo de enfermería a trabajar en sus prácticas pre profesionales como proyección a la comunidad a brindar atención directa a los Ancianos del asilo.
3. Coordinar con las autoridades locales para la elaboración de un plan de mantenimiento de este establecimiento de acorde con las necesidades.

9.- Referencias bibliográficas.

Asamblea General de la ONU. Resolución 46 de 1991. Carta de los Derechos de las Personas Mayores.

Belsaso, (1997). Revista Vejes o Enfermedad. México. 1997.

Condori, S. (2013) factores asociados a los niveles de abandono familiar en usuarios de

60 a 80 años atendidos en el puesto de salud chijchipani de azangaro enero a junio 2013.

CORSI J..(2001) Una Mirada Abarcativa sobre el Problema de la Violencia Familiar.

México. 2001

Decalmer P. Glendenning F. (1993) Maltrato de las Personas Mayores. Buenos

Aires. Paidós Ibérica..

Dif. Nacional. (2000) Segundo Congreso Nacional del Maltrato Infantil. México.

Dif. Nacional (1995)Compilación de la legislación sobre menores. Tomo II. México.

Fuentes Á. (1990) Trastornos de Depresión y Ansiedad. México.

Guillen. Montoya M. Adelina. Pérez Z. Sofia Elena. (1998) Antología de crecimiento y desarrollo Tomo I. México.

Guillen. Montoya M. Adelina. Pérez Z. Sofía Elena. (1998) Antología de crecimiento y desarrollo Tomo 2. México.

Hernández T. Ma. del Carmen. Guzmán V. Mariana. (2002) Antología de psicología evolutiva. México.

INAPAM. (2001) Manual de las Personas Adultas Mayores. México.

INAPAM. (2002) Ley de las personas Adultas Mayores. México. 2002.

INAPAM. (2002) Antología Adultos en Plenitud. México.

Organización de Naciones Unidas.(2006) Informe de la Asamblea Mundial del envejecimiento. Viena. Austria.

Poletti, Rosette. Cuidados de Enfermería: Tendencia y Conceptos Actuales. arcelona. España. Ed. Rol S.A; 1980.

Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual de Geriatria: Capítulo VI Enfermería Geriátrica. [<http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/Geriatria/Geriatria>].

Red Latinoamericana de Gerontología: (2003) Los Adultos Mayores Un reto para la sociedad - 10 al 14 de marzo del 2003

Redondo N. 2010) Ancianidad y Pobreza. Buenos Aires.

Roldán M.A. (2007). Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas.

Sánchez S. Carmen Delia. Trabajo Social y Vejez. Buenos Aires. 1990.

Secretaria Desarrollo Social. Manual Instituto Nacional de las Personas Adultas. México. 2005.

U.A.E.H. Apuntes de la materia: Estudio de Familia. Cuarto Semestre. 2000.

U.A.E.H. Apuntes del Curso –Taller: Estrategias Metodológicas para la realización de Estudios Socioeconómicos. Mtro. Martín Castro Guzmán. 2005.

U.A.E.H. Apuntes de la materia: Salud I. Quinto Semestre.2000.

Viguera, Virginia. Educación para el envejecimiento: los fantasmas del envejecer [<http://wwwpsicomundo.com/tiempo/educación/clase9.htm>].

)

ANEXO 1

FICHA PARA MEDIR LAS CAUSAS QUE PROPICIAN AL ABANDONO FAMILIAR DEL ADULTO DE LA TERCERA EDAD EN EL ASILO SAN JOSÉ DE CASMA 2016

1. ¿Cuántos años tiene Ud.?
2. ¿Sexo? Masculino Femenino
3. ¿Cuál es su estado civil?
 Soltero Casado Viudo
4. ¿Hasta qué grado estudio?
 Analfabeto Primaria Secundaria Superior
5. ¿Cuántos hijos ha tenido Ud.?
6. ¿Antes con quien vivía Ud.?
 Solo Con hermanos Con esposa Con esposa e hijos Con hijos
7. ¿Podría indicarnos a cuánto asciende su ingreso económico mensual?
 Ninguno Inferior a 200 soles De 200 a 300 soles
8. ¿Qué profesión u ocupación tiene Ud.?
 Ninguna. Artesano Comerciante Agricultor/ganadero
 Obrero Empleado.
9. ¿Actualmente a que se dedica Ud.?.....
10. ¿Tiene Ud. Seguro integral de salud mostrar su ficha de afiliación
 Si No
11. ¿Sufre Ud. de alguna de las siguientes enfermedades
 Ninguna. Diabetes mellitus. Hipertensión art.
Insuficiencia cardíaca. Insuficiencia renal. Insufic. Respiratoria.
 Reumatismo.
 Cáncer de Próstata Enf. Psiquiátrica

ANEXO N° 2
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
PARA CORROBORAR DATOS Y MEDIR LA VARIABLE

Edad

Domicilio

Número de hijos

Estado civil

Cuenta con seguro integral de salud

Enfermedades

Apoyo económico de algún familiar

ANEXO 3

**FICHA DE OBSERVACIÓN
PARA MEDIR NIVELES DE ABANDONO FAMILIAR**

1. El adulto mayor es visitado por:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hijos y parientes | 0 |
| <input type="checkbox"/> Otras personas | 1 |
| <input type="checkbox"/> Sin visita | 2 |

2. El adulto mayor fue atendido en el Asilo San José de Casma

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | 0 |
| <input type="checkbox"/> 1 vez | 1 |
| <input type="checkbox"/> De 2 a más veces | 2 |

3.- El adulto mayor tiene atención y control Médico.

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No | 2 |
| <input type="checkbox"/> A veces | 1 |
| <input type="checkbox"/> Si | 0 |

4. Las necesidades de ropa y medicina es proporcionado por:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Parientes | 0 |
| <input type="checkbox"/> Otros | 1 |
| <input type="checkbox"/> La institución | 2 |

CALIFICACIÓN

Alto nivel de abandono familiar	4-6
Regular nivel de abandono familiar	2-3
Bajo nivel de Abandono familiar	0-1