

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

TESIS

**PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL DIAGNOSTICO DE
SALUD DEL ADULTO MAYOR SANO-ENFERMO
CAUSAS DEL ABANDONO Y REPERCUSIONES
PSICOLOGICAS DEL MISMO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

2010/177

**PRESENTAN:
MACIAS YEBRA MA. DE LOURDES
RODRIGUEZ PUGA GILDA ERENDIRA**

**No. de Cuenta: 9661866-2.
No. de Cuenta: 9661956-6.**

**ASESOR ACADEMICO:
L.E.O. MA. DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN.**

MEXICO, D.F. NOVIEMBRE DE 2000.
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Carretera México-Toluca
Sección de Guadalupe



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

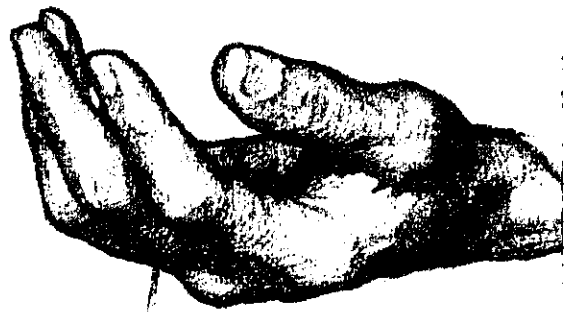
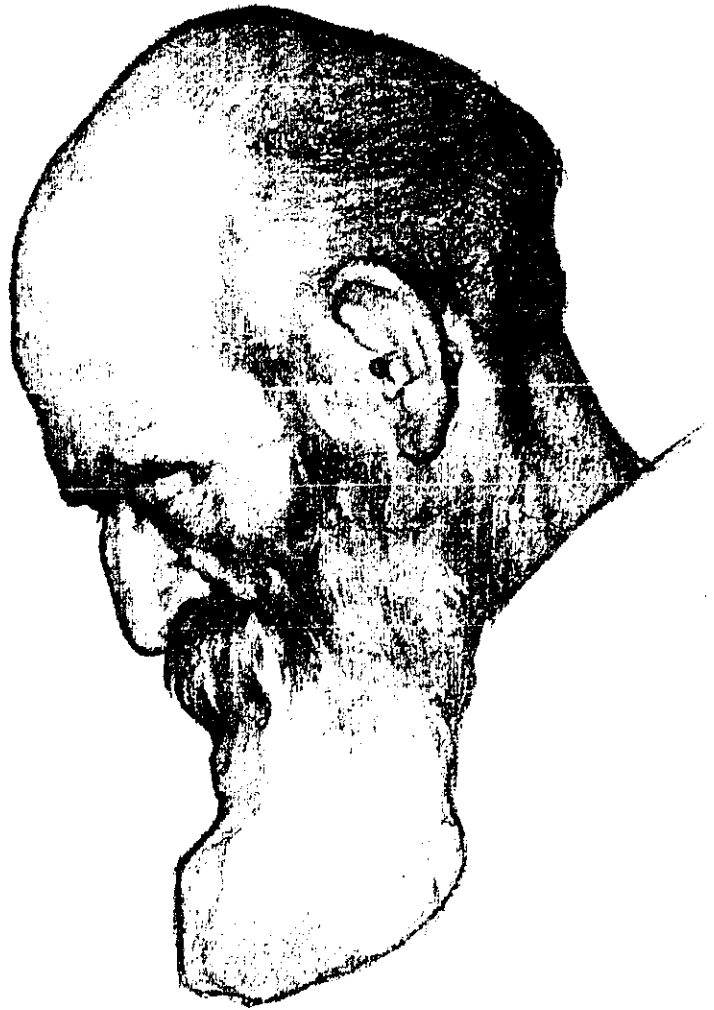
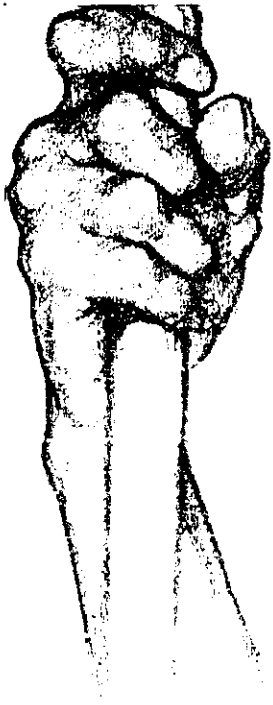


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Dedicatorias...

Al H. Jurado Calificador

Con mención especial para la maestra Ma. de los Angeles García Albarrán, por mostrarnos entrega u cortesía en la dirección de nuestro trabajo.

Al Dr. Enrique Vargas Salado que con sus orientaciones y conocimientos mostró el sello de grandeza y calidad humana que ostenta su alma.

A nuestra compañera Lucy Serrano que desinteresadamente con cariño y sinceridad ha contribuido con su apoyo.

A mi familia por el apoyo incondicional que siempre me han brindado.

A todos aquellos que de alguna manera han contribuido con su apoyo moral y económico para lograr lo que hoy soy.

Gracias.

Lourdes.

Dedico mi trabajo orgullosa y sinceramente:

A mis padres:

Que con su comprensión, cariño y gran amor me enseñaron a vencer todos los obstáculos, compartiendo conmigo mis sueños de superación y realización de mis metas apoyándome en todo momento.

A mis hermanos:

Con ese cariño y admiración que me han hecho recorrer los caminos de grandes anhelos tomada de sus manos.

A mis sobrinitos:

Con profundo cariño porque son el símbolo de mi alegría y esperanza, con el deseo de llegar a ser un ejemplo para ellos.

A mis amigos:

Que en momentos difíciles me han brindado su apoyo y han compartido conmigo sueños, esperanzas y alegrías.

Gilda Eréndira

INDICE

1.- Introducción	1
2.- Planteamiento del problema	3
2.1 Impacto del Adulto mayor ante la sociedad.	3
3.- Antecedentes históricos	4
4.- Objetivos	7
5.- Marco teórico	8
6.- Hipótesis	17
7.- Variables	18
7.1 Operacionalización de variables	18
8.- Método de recolección de datos	20
9.- Diseño metodológico	21
10.- Plan de procesamiento y presentación de la información	22
11.- Presentación de los resultados	23
11.1 Cuadros y gráficas	24
11.2 Encuesta	67
11.3 Escala de depresión geriátrica	72
11.4 Encuesta sobre enfermería geriátrica	74
12.- Conclusiones y sugerencias	79
13.- Anexos	83
13.1 Glosario	84
13.2 Declaración sobre los derechos de las personas de edad.	86
13.3 Oración de la tercera edad.	89
13.4 Poesía “ La vejez”	91
14.- Bibliografía	94



INTRODUCCIÓN.

Una de las nuevas realidades de nuestro tiempo esta representada por el envejecimiento de la población. En México sabemos que el 5% de nuestra población tiene mas de 60 años, y se espera que para el año 2000, la población de ancianos corresponderá al 6%.

El aumento de la duración de la vida es la responsable del incremento de la duración de la vejez, este fenómeno es difícil de comprender por los miembros de la familia donde se encuentra un anciano, ocasionando reacciones de abandono y rechazo hacia él, creándole así sentimientos de angustia y depresión.

Las causas de las condiciones de vida de la sociedad actual y sus repercusiones sociales, como lo es el abandono de los ancianos se pueden ubicar en uno de los fenómenos más trascendentes de la historia, nos referimos a la Revolución Industrial, la cual no solo modificó la estructura económica existente, sino también llevo a un cambio en la escala de valores.

A partir del hecho mencionado, se ha observado una inclinación gradual por lo material, al cobrar importancia la necesidad de acumular riquezas, olvidando los valores netamente humanos y morales, lo que origino que la sociedad adoptará actitudes discriminatorias hacia aquellos sectores sociales más débiles, entre ellos el de los ancianos.

Podríamos considerar dos grupos de ancianos, los económicamente activos que al ser jubilados por los sistemas de seguridad social, pasan violentamente y sin estar preparados de un estado independiente a uno dependiente, esto les ocasiona alteraciones psicosomáticas, que se agravan ante estímulos negativos externos, como las actitudes de abuso, ignorancia o irresponsabilidad. El otro grupo de ancianos es el carente de recursos para satisfacer sus necesidades indispensables, su situación es aun mas apremiante, porque son objeto de todo tipo de arbitrariedades tales como, agresión física, abandono,

confinación, etc.; que si bien no son aprobadas por la sociedad, tampoco han sido evitadas por ella.

Por lo anterior, resulta evidente que la complejidad de la problemática existencial del anciano, pues los problemas que conlleva repercuten en su esfera biopsicosocial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La elaboración de la presente investigación, se realiza con la finalidad de conocer las causas reales de abandono del adulto mayor sano o enfermo, así como las repercusiones psicológicas en él. Logrando con los resultados obtenidos, conocer algunas alternativas para disminuir o mejorar las condiciones actuales del adulto mayor.

IMPACTO DEL ADULTO MAYOR ANTE LA SOCIEDAD.

Uno de los grandes retos que nos ofrece la década de los 90's es la expansión inusitada de los adultos mayores, es decir aquellos de 60 años y más, especialmente en los países en desarrollo en los cuales el 72% de este segmento poblacional estará habitando para el año 2025. En América Latina incluyendo el Caribe esa población pasará de 23.3 millones en 1980 (6.5% de la población general) a 42.2 millones (7.9%) en el 2000 y ha 96.9 millones (12.8%) en el 2025.

Una de las esferas que se ve mas afectada por el proceso de envejecimiento es la social por ello se recomienda que el adulto mayor continúe participando en diferentes labores en la medida que sus condiciones de salud se lo permitan.

Desafortunadamente un número considerable de sociedades exhiben conductas compatibles con el fenómeno de "viejismo". En dichas sociedades la entronización de los

confinación, etc.; que si bien no son aprobadas por la sociedad, tampoco han sido evitadas por ella.

Por lo anterior, resulta evidente que la complejidad de la problemática existencial del anciano, pues los problemas que conlleva repercuten en su esfera biopsicosocial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La elaboración de la presente investigación, se realiza con la finalidad de conocer las causas reales de abandono del adulto mayor sano o enfermo, así como las repercusiones psicológicas en él. Logrando con los resultados obtenidos, conocer algunas alternativas para disminuir o mejorar las condiciones actuales del adulto mayor.

IMPACTO DEL ADULTO MAYOR ANTE LA SOCIEDAD.

Uno de los grandes retos que nos ofrece la década de los 90's es la expansión inusitada de los adultos mayores, es decir aquellos de 60 años y más, especialmente en los países en desarrollo en los cuales el 72% de este segmento poblacional estará habitando para el año 2025. En América Latina incluyendo el Caribe esa población pasará de 23.3 millones en 1980 (6.5% de la población general) a 42.2 millones (7.9%) en el 2000 y ha 96.9 millones (12.8%) en el 2025.

Una de las esferas que se ve mas afectada por el proceso de envejecimiento es la social por ello se recomienda que el adulto mayor continúe participando en diferentes labores en la medida que sus condiciones de salud se lo permitan.

Desafortunadamente un número considerable de sociedades exhiben conductas compatibles con el fenómeno de "viejismo". En dichas sociedades la entronización de los

valores individuales, el concepto de productividad, consumismo, juventud, belleza, automatización y vitalidad rechazan al adulto mayor, por considerarlo inútil e improductivo. A todas esas circunstancias se suma el abandono familiar, la incomunicación, falta de participación social y la escasa y baja calidad de la asistencia médica y social que en general se ofrece a éste tipo de población.

Las condiciones del ambiente físico y social en que se desenvuelve la persona tiende a acelerar o retardar su proceso de envejecimiento. Es necesario que la sociedad considere, reconozca y acepte al adulto mayor como una persona con los mismos derechos y deberes que los adultos, jóvenes y niños, pero con necesidades fisiológicas, psicológicas, espirituales, y socioeconómicas diferentes, las cuales deben ser atendidas de acuerdo a esas circunstancias.

Tradicionalmente, la atención de salud de la población se ha orientado hacia la recuperación del enfermo. Esta orientación ha influido sobre el personal médico y de enfermería para que considere la morbilidad del adulto mayor con substancial a su edad y por tanto sinónimo de enfermedad, situación que advierte los problemas de salud del anciano y la polipatología que ellos presentan, por lo que se requiere personal profesional que conozca detalladamente el proceso de envejecimiento y esté capacitado para abordarlo eficazmente.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Desde hace muchos años, la enfermera es la principal encargada de cuidar la salud del adulto mayor. Esto porque no había nadie más que lo hiciera o deseara hacerlo. Las enfermeras que se responsabilizaron por este importante grupo de edad lo hicieron sin conocimiento de los cambios propios del envejecimiento, ni de las enfermedades o características que las distinguen. De hecho la enfermería Geriátrica durante mucho tiempo fue un área de nadie y de todos.

La sociedad también desde hace muchos años se ha preocupado más por los jóvenes por la capacidad de producir bienes materiales y riquezas. Esto ha significado una mayor atención y recursos para cuidar y proteger la salud de los jóvenes y adultos. La atención para el adulto mayor no se reconocía como algo distinto, especial y necesario sino solo hasta la época reciente.

La Gerontología científica es una nueva ciencia, cuya existencia es de apenas unas décadas. Sin embargo el fenómeno de envejecimiento desde épocas muy remotas ha provocado considerable interés. Como antecedente está la búsqueda, aún hasta nuestros días, de la fuente de la eterna juventud o de la piedra filosofal.

El estudio formal, con hipótesis sobre su origen se inició con Aristóteles. Él escribió y comentó sobre las diferencias en la longevidad de los distintos organismos, dedicó su atención a los aspectos somáticos del envejecimiento del ser humano, notando que las incapacidades que aparecen al envejecer no se debe a un trastorno de la mente sino de su vehículo, como ocurre en las enfermedades.

En el Renacimiento, Leonardo Da Vinci realizó observaciones de los conceptos actuales sobre la relación temporal entre las alteraciones del tejido conjuntivo y el envejecimiento, prestó especial atención a los cambios anatómicos que ocurren desde la infancia hasta la senectud.

Otro estudioso del fenómeno del envejecimiento fue Sir Francis Bacon a quien se debe el comentario de que las enfermedades de los jóvenes son más agudas y susceptibles de curación y las de los viejos más crónicas y más difíciles de curar a causa de que los viejos ni eliminan ni asimilan bien.

Con el desarrollo del método científico y las observaciones experimentales en el siglo XIX, empezaron a surgir una serie de teorías gerontológicas que ofrecían explicaciones parciales de los mecanismos del envejecimiento. El interés se ha ido desplazando desde los primeros estudios estadísticos sobre la mortalidad de las poblaciones y la medición del declinar fisiológico, al auge actual de la gerontología celular y molecular (1).

La OMS ha expresado cuál ha de ser el papel de las universidades con relación a la geriatría. En los últimos decenios ha habido pocos intentos de coordinar los servicios asistenciales para los ancianos. Se ha logrado introducir la geriatría en los planes de estudio de medicina en algunos países, pero nada indica que la actitud de los estudiantes o de la profesión médica hayan cambiado.

Sin embargo, es impredecible y urgente inculcar en los alumnos el ideal de servicio a la comunidad de la que también forman parte los ancianos. Los problemas que la asistencia a los ancianos plantea van en aumento y cada adelanto importante en los tratamientos médicos contribuye indirectamente a incrementarlos. Por ello una tarea urgente es la de fomentar estudios que determinen los medios más eficaces para aplicar los conocimientos existentes y evaluar las modalidades de asistencia a los adultos mayores.

Además sin la participación activa de las escuelas de medicina, enfermería y las universidades cuantos esfuerzos se hagan por crear servicios a favor de los ancianos están condenados al fracaso, ya que será imposible contratar personal lo bastante competente para asumir las difíciles tareas que se avecinan para atender a la población en situación de minusvalía o dependencia.

(1) DICE J.F. Cellular and molecular mechanism of aging physiology Rev. 73p. 149-159.

ANTECEDENTES DE LA GERIATRÍA EN MÉXICO.

En la ciudad de México en el año de 1957 la academia mexicana de gerontología acoge al primer congreso panamericano de gerontología. Al cabo de 20 años, en mayo de 1977 se funda la sociedad de Geriatria y Gerontología de México A. C., la cual agrupa entre sus miembros a médicos, enfermeras, sociólogos, antropólogos, psicólogos, odontólogos, gericultistas, trabajadoras sociales y personas involucradas en la atención médico-social a la tercera edad.

Desde su fundación promueve actividades de divulgación y docencia en la educación médica y paramédica continua en colaboración con diversos organismos públicos y privados. El desarrollo de éstas actividades culmina con la organización del XIV Congreso Mundial de Gerontología celebrado en la ciudad de Acapulco en 1989.

En el año de 1979, por decreto presidencial se crea el Instituto Nacional de la Senectud, que desde entonces colabora con la promoción de la asistencia social a la vejez.

A partir de agosto de 1984 inicia sus actividades la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria, A. C., promotora igualmente de la difusión del conocimiento gerontológico. En marzo de 1986 el Hospital Adolfo López Mateos inició dentro del ISSSTE un primer curso de especialización en geriatría con duración de 2 años y dirigido a médicos internistas pero sin reconocimiento universitario.

Desde 1988 funciona la unidad de geriatría en el Hospital General de la SSA un programa de educación médica continua en la UNAM se viene cursando el programa de Licenciatura de enseñanza en Medicina (2),(3).

(2) GUTIERREZ, F.M. "Perspectivas para el desarrollo de la geriatría en México" Salud Pública de México, 1990. 693-701p.

(3) SALGADO Alba A. Guillén. " Geriatria, especialidad médica" Ed. Tratado de Geriatria y Asistencia. 8-32p.

OBJETIVO GENERAL

1.- Participación de enfermería en el entorno del adulto mayor sano-enfermo, abandonado; y las causas familiares que generan el mismo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.1 Distinguir los factores sociales, culturales, económicos y educativos del abandono del adulto mayor sano-enfermo.

1.2 Señalar las manifestaciones de los efectos psicológicos en el adulto mayor.

1.3 Identificar las actitudes del personal de enfermería ante el adulto mayor.



MARCO TEÓRICO

El envejecer es una experiencia personal impredecible, única en nuestra existencia.

El envejecimiento se caracteriza por ser universal, secuencial, constante, irregular, asincrónico e individual, no patológico de deterioro de un organismo vivo.

TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO.

Se han postulado teorías de enfoque social que tratan de establecer si el individuo es capaz de adaptarse a los cambios y al deterioro inevitable del envejecimiento puede vivir una vejez feliz utilizando su capacidad de contribución y crecimiento.

En 1961, Cumming y Henry propusieron la teoría del compromiso o la disociación, la cual advierte que es el mismo adulto mayor quien comienza a disminuir sus funciones sociales, lo que origina rechazo y aislamiento entre él y la sociedad. Señala que la vejez puede ser una etapa altamente satisfactoria cuando la persona mayor acepta la disminución de sus interacciones y se vuelca en sí mismo.

En 1969, Havighurst postuló la teoría de la actividad, la persona socialmente activa tiene capacidad de adaptación y salvo por los cambios fisiológicos inevitables, esa persona experimenta durante la vejez las mismas necesidades físicas, psicológicas y sociales que durante la edad adulta. Se afirma que la actividad es la clave de la satisfacción y de la autorealización, por tanto, la disminución de las actividades y el aislamiento social producen efectos negativos sobre el anciano, en cambio la continuidad de las funciones sociales es imprescindible para mantener el autoconcepto positivo.

La teoría de la continuidad, se centra en la capacidad de adaptación y de ajuste del adulto mayor, tomando en cuenta su personalidad y estilo de vida manifestado en el periodo adulto.

Se cree que cuando se conoce la personalidad del individuo es posible predecir las condiciones de su proceso de envejecimiento, sobre la base de este planteamiento se elaboraron 4 tipos de personalidad y sus patrones de adaptación:

- a) La personalidad integrada: comprende individuos maduros y felices, llevan a cabo actividades en diversos niveles y que van desde los altamente activos hasta los más aislados.
- b) La personalidad defensiva: incluye las personas que mantienen durante la vejez los mismos valores y normas de la edad adulta y se angustian por los periodos y los cambios que acarrea la vejez.
- c) La personalidad pasiva-dependiente: abarca individuos altamente dependientes y apáticos.
- d) La personalidad no integrada: comprende a las personas que sufren trastornos mentales.

Uno de los investigadores con mayor trascendencia en el área gerontológica, Abraham Maslow, señala que la persona autorrealizada es aquella que mantiene el uso total de sus talentos, capacidades y potencialidades y que no exhibe tendencias hacia problemas psicológicos, neurosis o psicosis. Esta persona que Maslow llama “excepcional”, ha arribado a un estado de autorrealización que solo es posible en personas de 60 años y más. Maslow señala que el aspecto más común y universal de estas personas es su capacidad de ver la vida claramente, es decir, “como es” y no “como quisiera que fuera”. Son personas menos emocionales y más objetivas, que no permiten que sus esperanzas y deseos distorsionen sus puntos de vista.

Las personas que han logrado la autorrealización son menos inhibidas, en consecuencia, más expresivas, naturales y sencillas. En otras palabras, en el adulto mayor autorrealizado el subconsciente es creativo, afectuoso, positivo y saludable.

Aunque estas teorías parecen limitantes, sirven de base para comprender mejor algunas de las manifestaciones del comportamiento de las personas de edad avanzad, de esta manera,

enriqueciendo el conocimiento, es posible ofrecer un cuidado de salud integral de elevada calidad, ajustándose a la realidad específica de la vejez (4).

TIPOS DE EDADES.

EDAD CRONOLÓGICA: Representa el número de años transcurridos desde el nacimiento de un individuo.

La etapa de viejo es la más larga del ciclo vital del individuo, por lo cual se divide en diferentes periodos.

Las capacidades de una persona de 70 años son diferentes de una de 90 años por eso la razón de la siguiente clasificación según Brock Lehurst:

60-74 años	Senilidad
75-89 años	Ancianidad
90 y más	Longevidad

EDAD FUNCIONAL: Es relativa a capacidades más que a los años vividos puede ser de diferentes grados y en diferentes áreas.

EDAD PSIQUÍCA Y EMOTIVA: Los cambios psicológicos se dividen en dos grupos:

- 1 Los cognitivos, afectan la manera de pensar, y las capacidades intelectuales.
- 2 Lo s que conciernen a la afectividad y la personalidad, estas modificaciones se presentan por cambios o acontecimientos como la jubilación, muerte del cónyuge, etc.

EDAD SOCIAL: Se establece y designa por el rol que debe desempeñar en la sociedad que cada individuo se desenvuelve. Puede ser discriminatoria y no toma en cuenta las capacidades individuales solo se mide la actividad laboral (5).

(4) OPS, "Enfermería Gerontológica" Ed. Serie Paltex 1973 78p.

(5) CARNAVALI, Doris. "Tratado de Enfermería Gerontológica" Ed. Interamericana 1988.

(6) GIESLER, Annatte. "Valoración Geriátrica" ED. Interamericana 1992 78p

FACTORES QUE AFECTAN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

- 1.- Factores genéticos o hereditarios.
- 2.- Factores de estilo de vida saludable (evitar la obesidad, tabaquismo, alcoholismo, etc.)
- 3.- Factores ambientales.
- 4.- Factores emocionales.

El cuidado y la asistencia al anciano debe estar basada en la atención integral y continua que con enfoque, le proporcione la familia y sistema social (7).

La vejez es una de las etapas menos conocida, y que, actualmente se inicia su estudio y su comprensión. La vejez llena de misterio y amenaza no es muy asequible a la mirada de frente del investigador, la muerte, el mas grande de los imponderable se encuentran solo a un paso de ella.

El anciano se ensimisma y despega del mundo exterior. Las nuevas generaciones no pueden entender ni percibir el fenómeno y sus problemas, por lo cual se tiende a ignorar a los ancianos, ha sentir impaciencia con ellos o en el peor de los casos, negarlos. Por consecuencia resulta difícil enfrentar la etapa decisiva y su inevitable fin.

Sin embargo el viejo esta tan vivo como el que más, siente y se entristece por el rechazo del que es víctima. Por lo general es más fácil o cómodo tomar un rol crítico o de consejero para con el viejo, que aceptarlo como parte de uno mismo y, una familia sin viejos es una familia mutilada.

Por lo general los problemas funcionales de una familia relacionada con la vejez, permanecen ocultos o negados, por lo que es de vital importancia tener conciencia de lo que sucede en esta etapa, con objeto de un estudio más cuidadoso a fin de retirar los morbetes de senilidad, inutilidad, estorbo, carga, etc.

Ningún problema se soluciona al negar o ignorar la vejez por lo cual nadie debería avergonzarse de sus años sino enorgullecerse de ellos. Quizá el negar esta fase se deba a que en ella aparece la soledad, sobre todo la interna la cual es producida por las pérdidas irremediables sufridas. (7)

La comunicación e interacción de las personas no deben estar influidas por hechos del pasado, los rasgos caracterológicos y físicos por las circunstancias sociales y el modo en que las personas interactúan entre sí en el aquí- ahora influye significativamente en la forma que funcionan positiva o negativamente, por lo que la resolución de un problema requiere de algún cambio apropiado de comportamiento por parte de los familiares y/o el anciano.

La unidad psicológica de la familia es moldeada continuamente por las condiciones externas como por su organización interna. En la vida familiar hay períodos críticos en los que el vínculo puede fortalecerse o debilitarse; pues en cada generación la configuración de la familia tiene una clase en el período de parto otra cuando el hijo entra a la pubertad y los padres en su madurez y otra cuando los hijos maduran y se casan siguiendo variados caminos y los padres envejecen. Por ello que cada hombre no tiene una sino varias familias (7).

(7) HAM, Richard. "Atención primaria en Geriátrica" (Casos clínicos) 1995. 5-49p.

LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

La razón de la discrepancia entre la prevalencia de la depresión en los dos distintos escenarios, comunidad o instituciones, no está del todo clara. En gran parte los ancianos que residen en la comunidad, representan una población “sobreviviente” más sana, mientras los que viven en residencias o sanatorios tienen una alta morbilidad física y mayor vulnerabilidad psíquica.

La depresión puede haber sido una de las causas del traslado a una residencia ya que conlleva la pérdida de la independencia y privacidad. La vivienda familiar, quizá la casa de toda la vida, tiene muchos recuerdos y los ancianos son reacios a abandonarla además de renunciar a su hogar deben acostumbrarse a vivir en una comunidad cerrada.

Una vez que se ha dado esta penosa situación se incrementa la vulnerabilidad a la depresión de los ancianos institucionalizados o residencias por lo que deben tomarse las medidas necesarias para prevenir y abordar esta demanda a través de una adecuada relación entre el personal sanitario y el propio hogar.

La depresión es común en los ancianos y constituye un grave problema para ellos y sus familiares. Estas personas sufren de una alta morbilidad y constituyen una carga económica para los servicios sociales y sanitarios(8).

La depresión no solo causa morbilidad sino también mortalidad y la prevención del suicidio es un objetivo terapéutico fundamental. Aprender el riesgo de suicidio en un anciano que padezca depresión y en aquellos que sufran enfermedades crónicas, se convierte en un objetivo de importancia crítica.

(8) LOVESTONE, Simon. HOWART Robert y SAIZ RUIZ Jerónimo.” La depresión en el Anciano”, 1997, 138 p.

Los ancianos están expuestos a muchos factores relacionados con el riesgo de padecer depresión. El incremento de las enfermedades físicas, factores psicosociales y el propio envejecimiento cerebral contribuye en gran medida a la alta prevalencia de la depresión senil como se presenta en las siguientes tablas:

FACTORES PSICOSOCIALES

- Contactos sociales reducidos.
- Soledad.
- Pérdida de seres queridos (viudez)
- Pobreza.
- Enfermedades Físicas.

FACTORES PSICOLOGICOS

- Pobre autoestima.
- Intimidad.
- Enfermedades físicas.

FACTORES BIOLÓGICOS

- Factores neuronales.
- Riesgos genéticos.
- Enfermedades físicas

NECESIDADES PSICOSOCIALES INDIVIDUALES

En esta área debemos evaluar:

La autoestima, la interacción social y la actitud ante las pérdidas y la muerte.

Autoestima: Es el concepto que la persona tiene sobre si misma. Muchos de los factores que contribuyen a los problemas en la autoestima del adulto mayor pueden ser asociados a los cambios físicos, enfoques crónicos, bienestar psicológico, ambiente y actitudes sociales. Sus problemas con la autoestima van a estar traducidos en conductas como: mala higiene personal, descuido en el vestido, expresión triste o manifestaciones verbales de minusvalía.

Interacción social: Es un proceso natural en el que se establece algún tipo de relación con la sociedad en la que se desenvuelve pero existen factores que pueden conducir al aislamiento y son: deficit sensorial, disminución de la actividad física, problemas de la función cognitiva, percepción y manejo de información, cambios socioculturales (disminución de su poder adquisitivo, cambios de vivienda, desorganización familiar y pérdidas al contacto con amigos). La evaluación de la interacción social es importante porque nos permite tener una idea integral de la salud del adulto mayor.

Pérdidas: El mundo del adulto mayor está asociado a un proceso de pérdidas en todas las esferas que lo integran, pérdidas que lo afectan y pueden conducir a estados de crisis.

Dentro de las pérdidas sociales encontramos de tipo familiar, social o laboral, de su status social, amigos, cónyuge, ingresos, posición dentro de la estructura.

La pérdida y el pesar son comunes en la vejez, puesto que la muerte se lleva a los seres queridos. Un anciano puede haber sufrido otras pérdidas (trabajo, bienes, capacidades), pérdidas que producen un gran dolor.

La cantidad de energía mental y emocional pueden ser absorbidas por las múltiples pérdidas experimentadas por un anciano, que van del contacto con el ambiente práctico cotidiano, o esta situación se añade a nuestra tendencia a rechazar a los viejos y enfermos, teniendo así a una persona abandonada en su dolor (9).

El escaso o nulo conocimiento sobre las características físicas, psicológicas y sociales de los ancianos impiden comprender en su magnitud real la marginación en que viven y su

sentimiento de inutilidad y angustia que comúnmente se desarrolla en ellos, convirtiéndolos en sujetos vulnerables a las actitudes de rechazo emitidas por las personas que conforman el entorno familiar y social (10).

Las personas mayores, como toda la gente, tienen derecho a contar con los medios necesarios y suficientes para satisfacer y disfrutar una vida dentro de los niveles adecuados a su dignidad y que le permitan utilizar los bienes materiales, sociales, culturales y morales que la sociedad a creado para ele beneficio colectivo (11).

(8) IBID pág. 43.

(9) Kastengaun Robert, “Vejez años de plenitud”, pág. 120.

(10) INSEN, “Acción y proyección del INSEN”, pág. 79.

(11) ISSEM y M. “Madurez”, Publicaciones en Geriatria y Gerontología, pág. 115.



HIPÓTESIS

1. Las causas sociales del abandono del adulto mayor son:
 - Culturales.
 - Educativas y
 - Económicas.

2. Las consecuencias del abandono generan en el adulto mayor depresión, pudiéndole reducir con ello el lapso vital.

VARIABLES INVOLUCRADAS EN EL ESTUDIO

Variable independiente:

- 1.- Causas sociales, culturales, educativas y económicas.
- 2.- Depresión.

Variable dependiente:

- 1.- Abandono.
- 2.- Reducción del lapso de vida

Unidad de estudio:

- 1.- Adulto mayor.
- 2.- Las consecuencias del abandono.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente 1: Causas sociales (Sociología).

Concepto: Estudia los sentimientos, emociones, estados de ánimo, todos los hábitos de carácter social.

Indicadores.

- a) Causas culturales: escasez de valores éticos y morales, originando en el individuo desajuste psicológico manifestado por agresividad, indiferencia e insensibilidad.
- b) Causas educativas: nivel escolar alto, medio o bajo.
- c) Causas económicas: pobreza.

Variable independiente 2: Depresión.

Concepto: Tono afectivo de tristeza, que se proyecta en su medio ambiente, en el cual refleja su triste perspectiva de la vida.

Indicadores: Retraimiento.

Anorexia.

Abstinencia y adinámia.

Desprecio a sí mismo.

Inhibición.

Pesimismo y desesperanza.

Variable dependiente 1: Abandono

Concepto: Falta de atención, no hacer caso de una persona, no cumplir con lo que es debido, desamparar.

Indicadores: Mal estado higiénico,

Desnutrición y deshidratación,

Descompensación e enfermedades crónico-degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, etc.)

Variable dependiente 2: Reducción del lapso vital.

Concepto: Disminución de la posibilidad de una vida de persona.

Indicadores: Muerte por falta de alimento o agua.

Muerte por descompensación de enfermedades crónico-degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, etc.)

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos será a través de:

MÉTODO (¿Cómo?)	TÉCNICA (¿A través de qué)	INSTRUMENTO (¿Con qué?)
Síntesis de observación	Observación ordinaria y/o participante	Guía de observación (para capturar información. Se puede usar un diario de campo y una cámara fotográfica).
Muestreo probabilístico de la población	Encuesta	Cuestionario o cédula de entrevista.

DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio es de tipo exploratorio, descriptivo y observacional realizado predominantemente a través de la investigación de campo.

Es una investigación transversal, porque se centrará en casos de sujetos localizados en el Hospital Regional C ISSSTE León, Casa Hogar Vicentinas y otros sujetos localizados en el exterior de estas instituciones.

El universo de trabajo serán todos los pacientes geriátricos con características de abandono que se presenten en el servicio de Urgencias de las instituciones antes mencionadas y en los casos referidos fuera de ellos, que cumplan con las características de abandono.

Siendo nuestra muestra de 30 casos, tomando en cuenta la disponibilidad de tiempo, recursos humanos y económicos.

ETAPAS DEL TRABAJO.

Revisión bibliográfica.

Elaboración y presentación del protocolo.

Asignación de asesores.

Revisión del protocolo.

Elaboración del plan de trabajo.

Aplicación del instrumento de recolección de datos a la muestra.

Recopilación y tabulación de los datos obtenidos.

Elaboración del informe.

PLAN DE PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de la información obtenida ha sido tabulada manualmente y, la presentación de los resultados obtenidos es a través de la construcción de cuadros estadísticos y gráficas.



PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADROS No. 1 Edad promedio de los adultos mayores encuestados en la Cd. De León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.

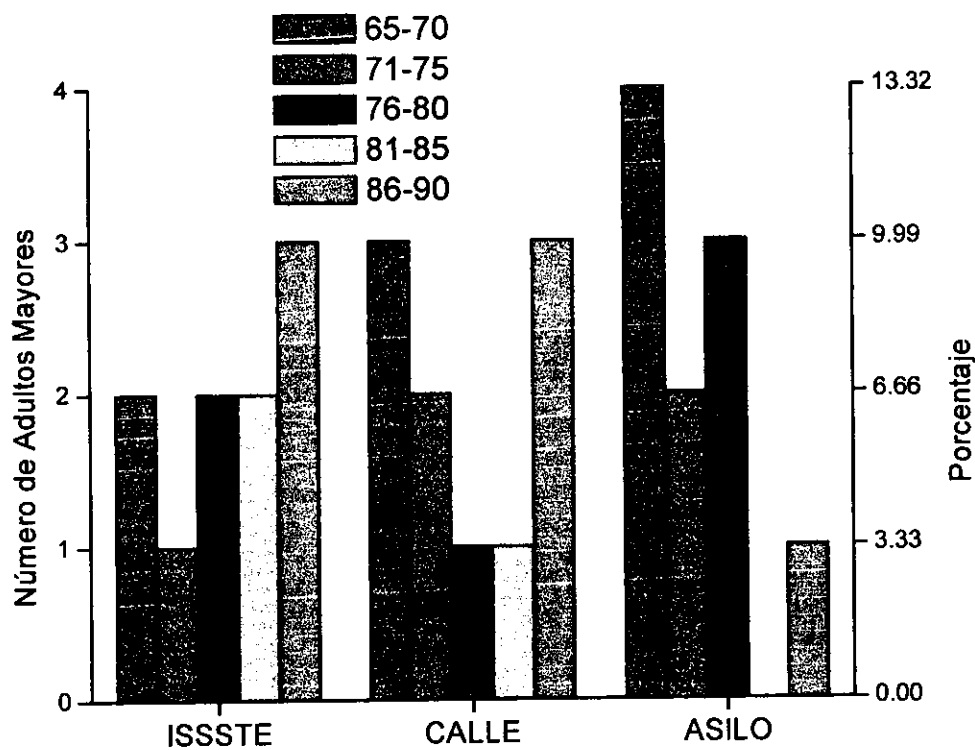
AÑOS	ISSSTE		CALLE		ASILO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
65-70	2	6.66	3	10	4	13.33	9	30
71-75	1	3.33	2	6.66	2	6.66	5	16.66
76-80	2	6.66	1	3.33	3	10	6	20
81-85	2	6.66	1	3.33	0	0	3	10
86-90	3	10	3	10	1	3.33	7	23.33
TOTAL	10	33.31	10	33.32	10	33.29	30	99.99

FUENTE DIRECTA

Análisis: se observa que el 30% de los encuestados tienen un promedio de edad de 65-70 años, el 23.33% oscilan entre los 86 y 90 años, el 20% entre 81-85 años, el 16.66% entre 71-75 años y solo el 10% entre 81 y 85 años.

Análisis Interpretativo: el 30% de los adultos mayores se encuentran en edad funcional (entre 65-70 años) pudiendo mantener su independencia, capaces de realizar actividades de la vida diaria, incluso funciones laborales para obtener ingresos; el 70% (81-90 años) son ancianos con dificultad para mantener su independencia funcional.

GRÁFICA No. 1: Edad Promedio de los Adultos Mayores Encuestados en la Cd. de León, Gto. en el Período Julio-Septiembre de 1999.



CUADRO No. 2 Porcentaje por género de Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.

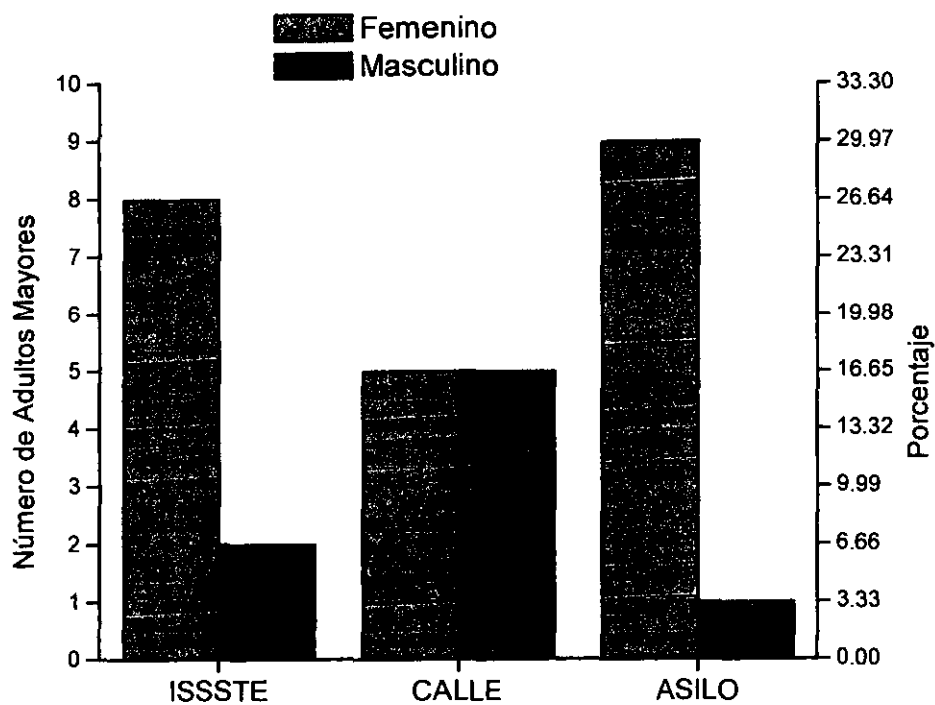
SEXO	ISSSTE		CALLE		ASILO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
FEM.	8	26.66	5	16.66	9	30	22	73.33
MASC.	2	6.66	5	16.66	1	3.33	8	26.66
TOTAL	10	33.32	10	33.32	10	33.33	30	99.97

FUENTE DIRECTA.

Análisis: El 73.33% de los encuestados son del sexo femenino y el 26.66% del sexo masculino.

Análisis interpretativo: Se observa que la mayoría de los encuestados son mujeres, lo cual nos indica que en este sector de la población también está presente la discriminación de género.

GRÁFICA No. 2: Porcentaje por género de Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.



CUADRO No. 3: Escolaridad del Adulto Mayor encuestado en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.

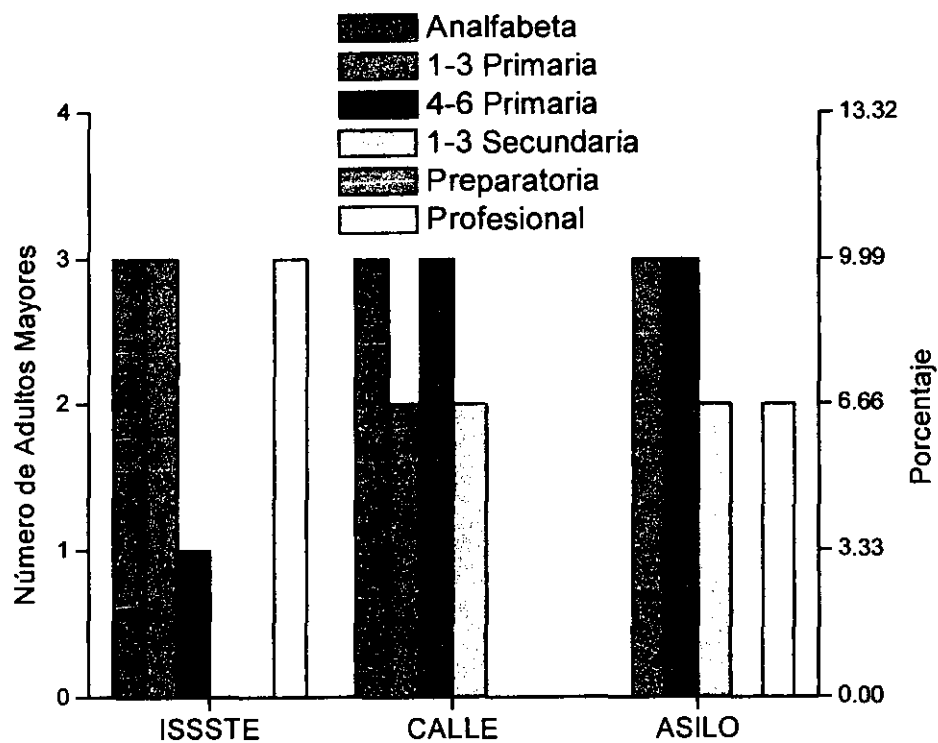
ESCOLARIDAD	ISSSTE		CALLE		ASILO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Analfabeta	3	10	3	10	0	0	6	20
1-3 Primaria	3	10	2	6.66	3	10	8	26.66
4-6 Primaria	1	3.33	3	10	3	10	7	23.33
1-3 Secundaria	0	0	2	6.66	2	6.66	4	13.33
Preparatoria	0	0	0	0	0	0	0	0
Profesional	3	10	0	0	2	6.66	5	16.66
TOTAL	10	33.33	10	33.32	10	33.32	30	99.98

FUENTE DIRECTA.

Análisis: Se observa que el 26.66% de los encuestados tienen un nivel de escolaridad de 1-3 primaria, el 23.33% un nivel de 4-6 de primaria, siendo un 20% analfabetas, el 16.66% tiene un nivel profesional y el 13.33% un nivel de 1-3 secundaria.

Análisis Interpretativo: Se encontró que independiente del nivel escolar de los Adultos Mayores son igualmente abandonados.

GRÁFICA No. 3: Escolaridad del Adulto Mayor encuestado en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.



CUADRO No. 4: Estado civil de los Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.

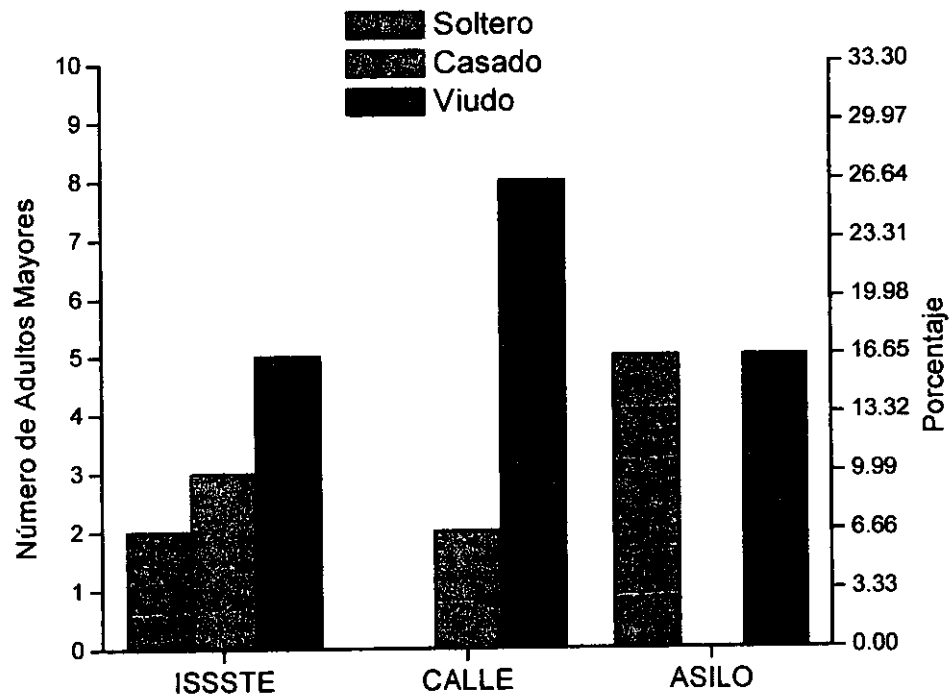
EDO. CIVIL	ISSSTE		CALLE		ASILO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Soltero	2	6.66	0	0	5	16.66	7	23.33
Casado	3	10	2	6.66	0	0	5	16.66
Viudo	5	16.66	8	26.66	5	16.66	18	60
TOTAL	10	33.33	10	33.33	10	33.33	30	99.99

FUENTE DIRECTA.

Análisis: Se observa que el 60% de los encuestados son viudos, el 23.33% solteros, y el 16.66% son casados.

Análisis Interpretativo: Se encuentra que el estado civil influye en el abandono del Adulto Mayor, ya que se comprobó que a la falta de un conyuge mas alto es el índice de abandono.

GRÁFICA No. 4: Estado civil de los Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.



CUADRO No. 5: Porcentaje de Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999 que vive solo o con familiares.

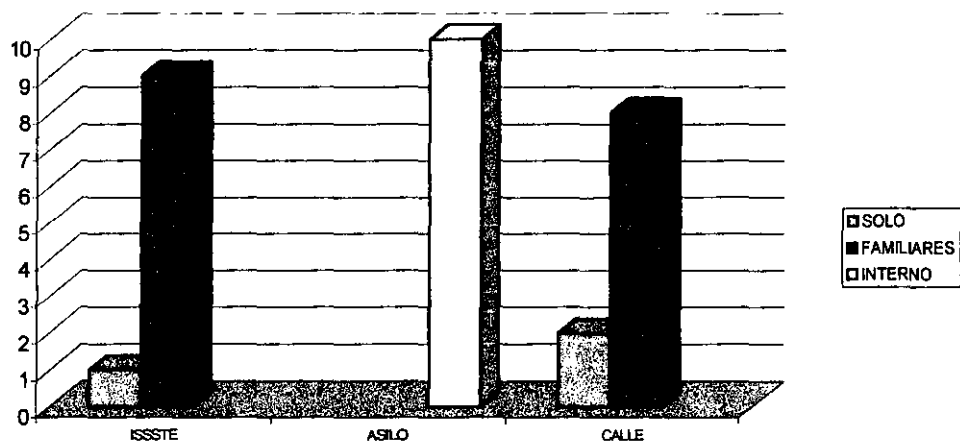
LUGAR	NUMERO			PORCENTAJE		
	SOLO	FAMILIA	TOTAL	SOLO	FAMILIA	TOTAL
ISSSTE	1	9	10	3.33	30	33.33
ASILO	10	0	10	33.33	0	33.33
CALLE	2	8	10	6.66	26.66	33.32
TOTAL	13	17	30	43.32	56.66	99.98

FUENTE DIRECTA.

Análisis: Se observa que el 56.66% de los encuestados viven con familiares y un 43.32% viven solos.

Análisis Interpretativo: El total (10) de los encuestados en el asilo viven sin familiares, el resto de los encuestados aunque cuentan con familia se encuentran en igual estado de abandono.

GRÁFICA No. 5: Porcentaje de Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999 que vive solo o con familiares.



CUADRO No. 6: Frecuencia con la que los familiares visitan a los Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.

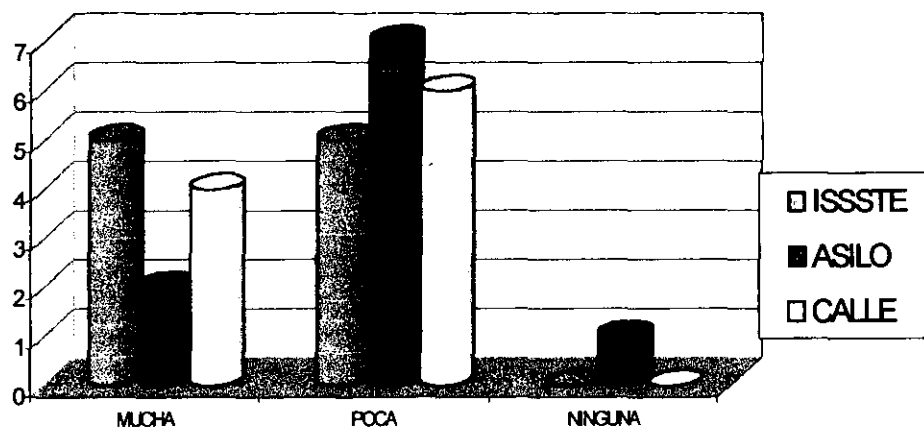
LUGAR	FRECUENCIA				PORCENTAJE			
	MUCHA	POCA	NINGUNA	TOTAL	MUCHA	POCA	NINGUNA	TOTAL
ISSSTE	5	5	0	10	16.66	16.66	0	33.32
ASILO	2	7	1	10	6.66	23.33	3.33	33.32
CALLE	4	8	0	10	13.33	20	0	33.33
TOTAL	11	18	1	30	36.65	59.99	3.33	99.97

FUENTE DIRECTA.

Análisis: Se observa que el 59.9% del Adulto Mayor encuestado es visitado con poca frecuencia y el 36.65% es visitado con mucha frecuencia y solo 3.33% no son visitados.

Análisis Interpretativo: La mayoría de los Adultos Mayores son visitados con poca frecuencia independientemente del lugar en el que se encuentran.

GRÁFICA No. 6: Frecuencia con la que los familiares visitan a los Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.



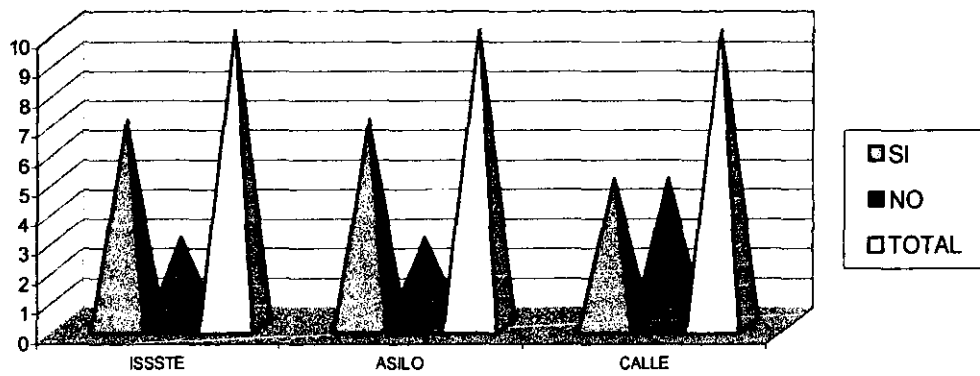
CUADRO No. 7 : Ingresos económicos de los adultos mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.

LUGAR	NUMERO			PORCENTAJE		
	SÍ	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
ISSSTE	7	3	10	23.33	10	33.33
ASILO	7	3	10	23.33	10	33.33
CALLE	5	5	10	16.66	16.66	33.32
TOTAL	19	11	30	36.66	36.66	99.98

FUENTE DIRECTA

Análisis: El 63.32% de los adultos mayores encuestados tienen un ingreso económico, y solo el 36.66% no cuentan con éste ingreso.

GRÁFICA No. 7 : Ingresos económicos de los adultos mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.



CUADRO No.8: Porcentaje de ingresos económicos que cubren las necesidades de los adultos mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.

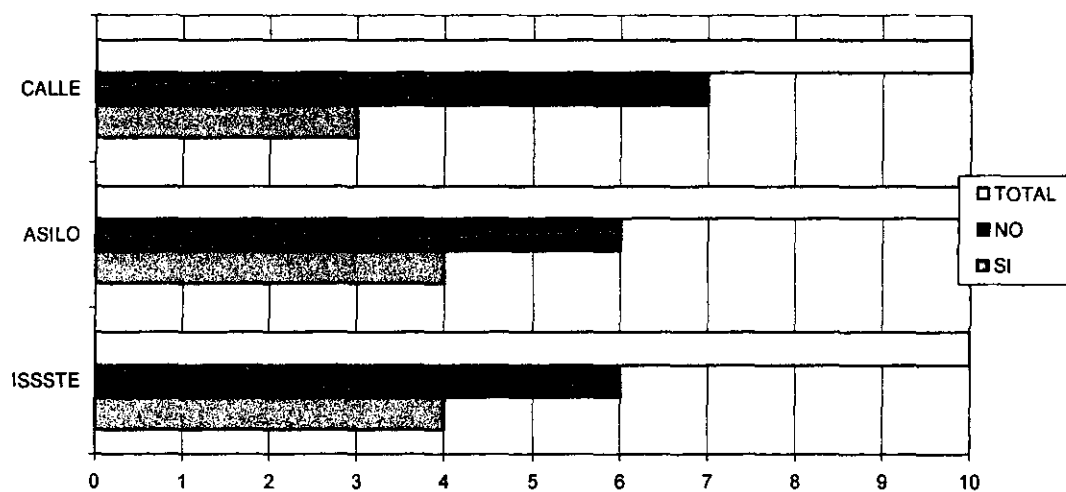
LUGAR	NÚMERO			PORCENTAJE		
	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO	TOTAL
ISSSTE	4	6	10	13.33	20	33.33
ASILO	4	6	10	13.33	20	33.33
CALLE	3	7	10	10	23.33	33.33
TOTAL	11	19	30	36.66	63.33	99.99

FUENTE DIRECTA.

Análisis: Se observa que el 63.33% de los encuestados no cubren sus necesidades económicas con los ingresos percibidos, solo el 36.66% si cubre sus necesidades con el ingreso percibido.

Análisis Interpretativo: Aunque la mayoría de los Adultos Mayores cuentan con un ingreso económico éste es manejado por los familiares y no modifica su estado de abandono.

GRÁFICA No.8: Porcentaje de ingresos económicos que cubren las necesidades de los adultos mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.



CUADRO No.9: Porcentaje de Adultos Mayores que cuentan con apoyo comunitario (económico) encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.

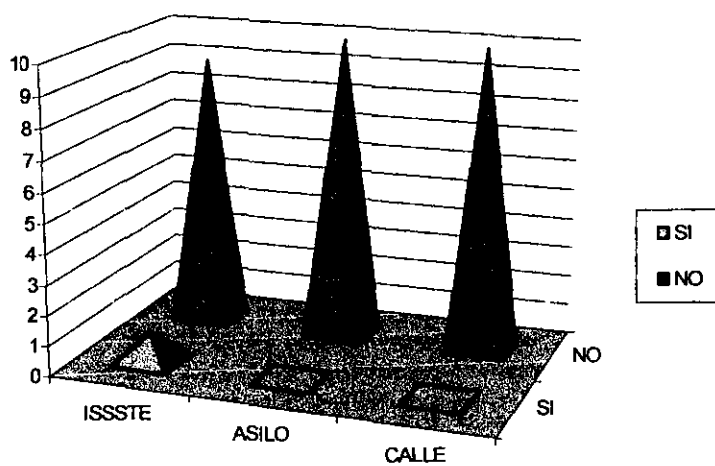
LUGAR	NÚMERO			PORCENTAJE		
	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO	TOTAL
ISSSTE	1	9	10	3.33	30	33.33
ASILO	0	10	10	0	33.33	33.33
CALLE	0	10	10	0	33.33	33.33
TOTAL	1	29	30	3.33	96.66	99.99

FUENTE DIRECTA.

Análisis: El 96.66% de los encuestados no cuentan con apoyo comunitario de tipo económico, solo el 3.33% recibe apoyo por parte del banco de alimentos.

Análisis interpretativo: La mayoría de los Adultos Mayores carecen de apoyo comunitario (económico) debido a la falta de información acerca de éste apoyo.

GRÁFICA No.9: Porcentaje de Adultos Mayores que cuentan con apoyo comunitario (económico) encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.



CUADRO No.10: Adultos Mayores que pertenecen a algún grupo comunitario, encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.

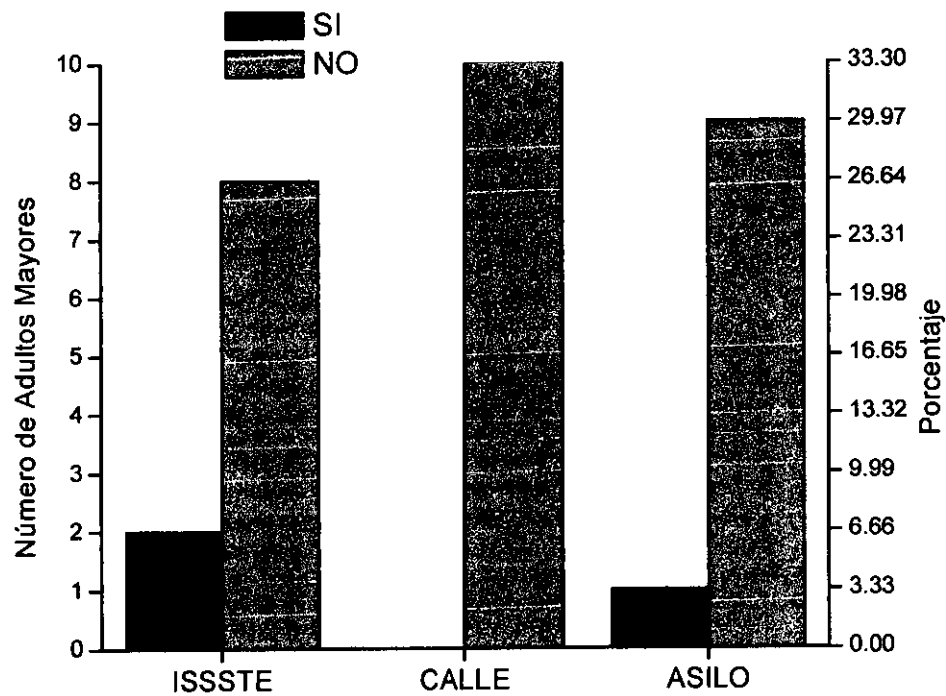
LUGAR	NÚMERO			PORCENTAJE		
	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO	TOTAL
ISSSTE	2	8	10	6.66	26.66	33.332
ASILO	1	9	10	3.33	30	33.33
CALLE	0	10	10	0	33.33	33.33
TOTAL	3	27	30	9.99	89.99	99.98

FUENTE DIRECTA.

Análisis: Se observa que el 89.99% de los encuestados no pertenecen a algún grupo comunitario, y el 9.99% si pertenecen a un grupo comunitario (INSEN, OASIS, GRUPO DE ORACIÓN).

Análisis Interpretativo: El número de Adultos Mayores que pertenecen a grupos comunitarios es mínimo debido a la falta de conocimiento y los bajos recursos económicos que les impiden utilizar los bienes materiales, sociales, culturales y morales que la sociedad a creado para el beneficio colectivo.

GRÁFICA No.10: Adultos Mayores que pertenecen a algún grupo comunitario, encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.



CUADRO No.11: Porcentaje de Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999 que en caso de enfermedad o invalidez cuentan con apoyo para su atención.

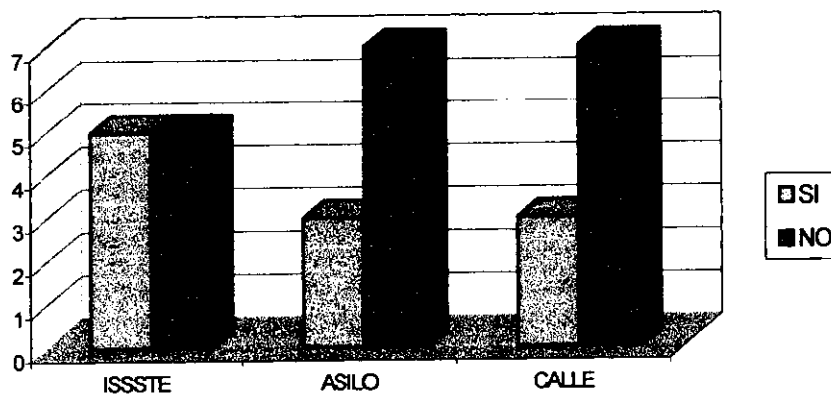
LUGAR	NÚMERO			PORCENTAJE		
	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO	TOTAL
ISSSTE	5	5	10	16.66	16.66	33.32
ASILO	3	7	10	10	23.33	33.33
CALLE	3	7	10	10	23.33	33.33
TOTAL	11	19	30	36.66	63.32	99.98

FUENTE DIRECTA.

Análisis: Se observa que el 63.32% de los Adultos Mayores no cuentan con alguna persona que los atienda durante enfermedad o invalidez, el 36.66% cuenta con el apoyo de hijos, una prima y personal del asilo el cual recibe pago extra por parte del enfermo.

Análisis Interpretativo: La falta de apoyo para los adultos mayores puede tener respuesta en la inclinación gradual que muestra la sociedad por lo material, olvidando valores netamente humanos y morales, lo que origina que adoptemos actitudes discriminatorias hacia sectores débiles, como lo son los Adultos Mayores.

GRÁFICA No.11: Porcentaje de Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999 que en caso de enfermedad o invalidez cuentan con apoyo para su atención.



CUADRO No.12: Número de Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999 que cuentan con casa propia, rentada, prestada o carecen de ella.

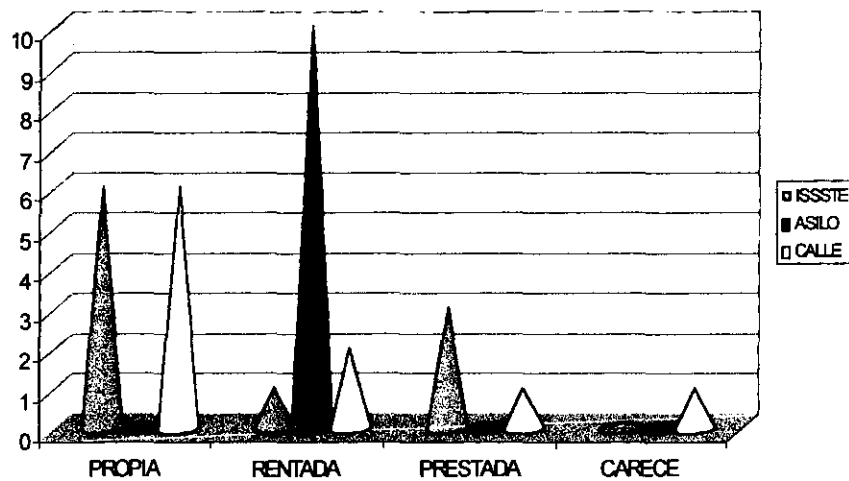
LUGAR	NÚMERO				PORCENTAJE			
	PROPIA	RENTADA	PRESTADA	CARECE	PROPIA	RENTADA	PRESTADA	CARECE
ISSSTE	6	1	3	0	20	3.33	10	0
ASILO	0	10	0	0	0	33.33	0	0
CALLE	6	2	1	1	20	6.66	3.33	3.33
TOTAL	12	13	4	1	40	43.32	13.33	3.33

FUENTE DIRECTA.

Análisis: El 43.32% rentan vivienda, el 40% cuenta con casa propia, 13.33% habita vivienda prestada y solo el 3.33% carece de vivienda.

Análisis Interpretativo: Aunque la mayoría de los Adultos Mayores cuentan con vivienda, éstos fueron despojados por sus familiares mas cercanos, quienes les niegan el derecho a contar con los bienes necesarios para tener una vida digna.

GRÁFICA No.12: Número de Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999 que cuentan con casa propia, rentada, prestada o carecen de ella.



CUADRO No.13: Número de veces que el Adulto Mayor encuestado en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999 come al día

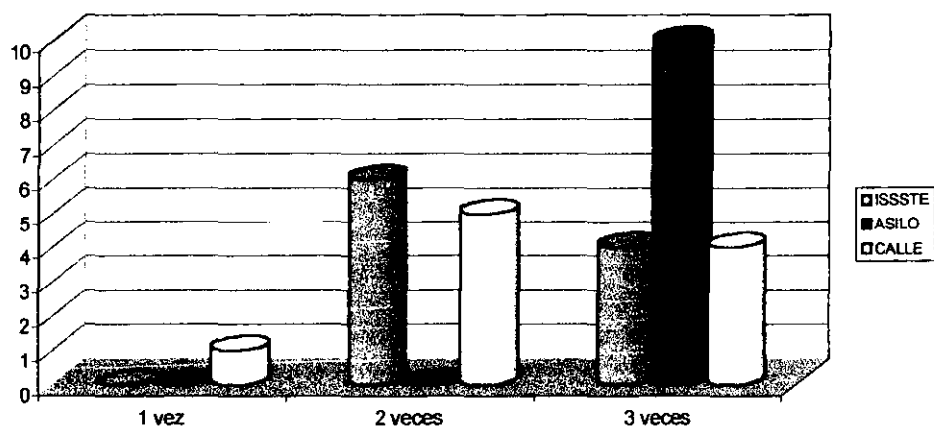
LUGAR	COMIDAS AL DÍA			PORCENTAJE		
	1	2	3	1	2	3
ISSSTE	0	6	4	0	20	13.33
ASILO	0	0	10	0	0	33.33
CALLE	1	5	4	3.33	16.66	13.33
TOTAL	1	11	18	3.33	36.66	59.99

FUENTE DIRECTA.

Análisis: El 59.99% de los encuestados realiza tres comidas al día de los cuales el 33.33% corresponden al asilo, el 36.66% comen dos veces al día y el 3.33% realiza una comida.

Análisis Interpretativo: Depende del lugar en el que se encuentre el Adulto Mayor es el número de comidas que realiza al día, encontrándose que el porcentaje mayor de comidas realizadas corresponde al asilo, y cabe mencionar que en este lugar las tres comidas son obligatorias.

GRÁFICA No.13: Número de veces que el Adulto Mayor encuestado en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999 como al día



CUADRO No.14: Número de Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999 que presentan enfermedades crónico degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, otros).

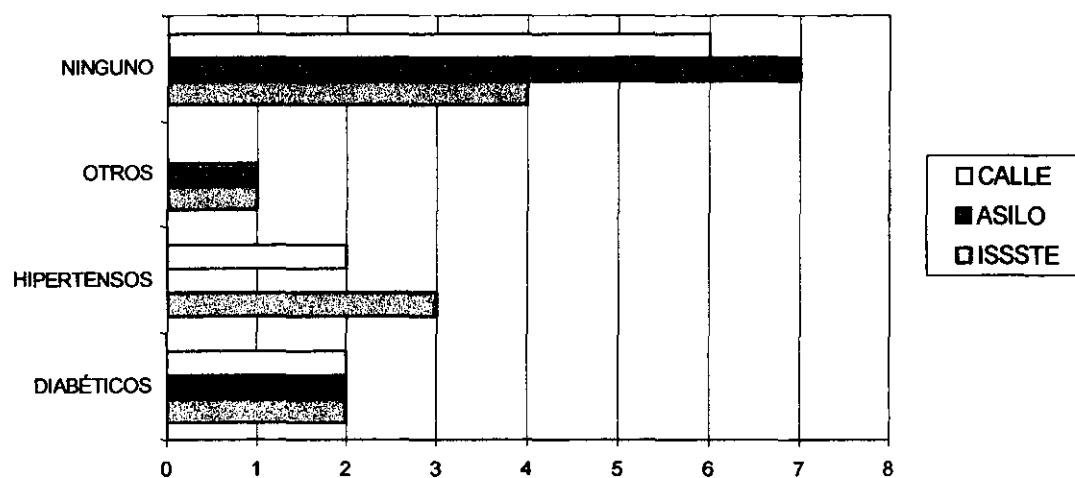
LUGAR	NÚMERO		ENFERMEDAD			PORCENTAJE		
	SÍ (%)	NO (%)	DM	HTA	OTROS	DM	HTA	OTROS
ISSSTE	6 (20)	4 (16.66)	2	3	1	6.66	10	3.33
ASILO	3 (10)	7 (23.33)	2	0	1	6.66	0	3.33
CALLE	4 (16.66)	6 (20)	2	2	0	6.66	6.66	0
TOTAL	13 (43.33)	17 (56.66)	6	5	2	19.98	16.66	6.66

FUENTE DIRECTA.

Análisis: El 56.66% de los encuestados no presentan enfermedad crónico degenerativo, el 43.33% presenta alguna enfermedad crónico degenerativa de los cuales el 19.98% son diabéticos, 16.66% hipertensos y el 6.66% padece mal de Parkinson.

Análisis Interpretativo: Existe una consideración generalizada del personal de salud, en entender la morbilidad del Adulto Mayor con sustancial a su edad, sin embargo los resultados nos muestran que ser Adulto Mayor no es sinónimo de enfermedad.

GRÁFICA No.14: Número de Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999 que presentan enfermedades crónico degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, otros).



CUADRO No.15: Grado de depresión que presentan los Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.

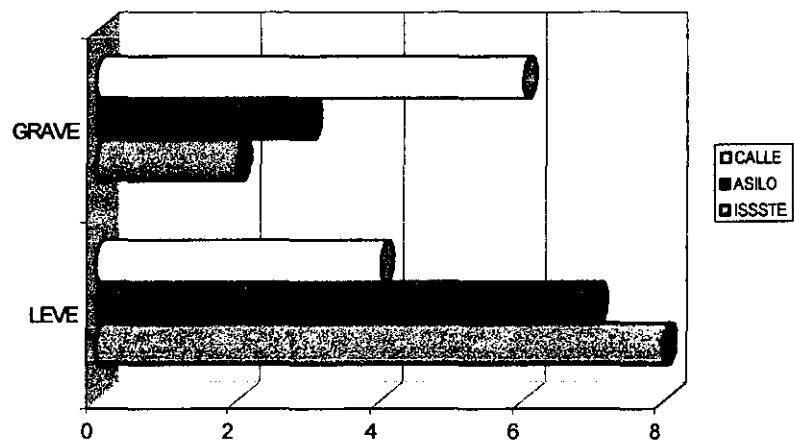
LUGAR	GRADO DE DEPRESIÓN			PORCENTAJE		
	LEVE	GRAVE	TOTAL	LEVE	GRAVE	TOTAL
ISSSTE	8	2	10	26.66	6.66	33.32
ASILO	7	3	10	23.33	10	33.33
CALLE	4	6	10	13.33	20	33.33
TOTAL	19	11	30	63.32	36.66	99.98

FUENTE DIRECTA.

Análisis: El 100% de los Adultos Mayores encuestados sufren de depresión, siendo el 63.32% de manera leve y el 36.66% de manera grave.

Análisis Interpretativo: El escaso o nulo conocimiento sobre las características físicas, psicológicas y sociales de los ancianos impiden comprender la magnitud real de la marginación en que viven y el sentimiento de inutilidad y angustia que desarrollan, convirtiéndolos en sujetos vulnerables a la depresión.

GRÁFICA No.15: Grado de depresión que presentan los Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.



CUADRO No.16: Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999 que presentan problemas familiares actualmente.

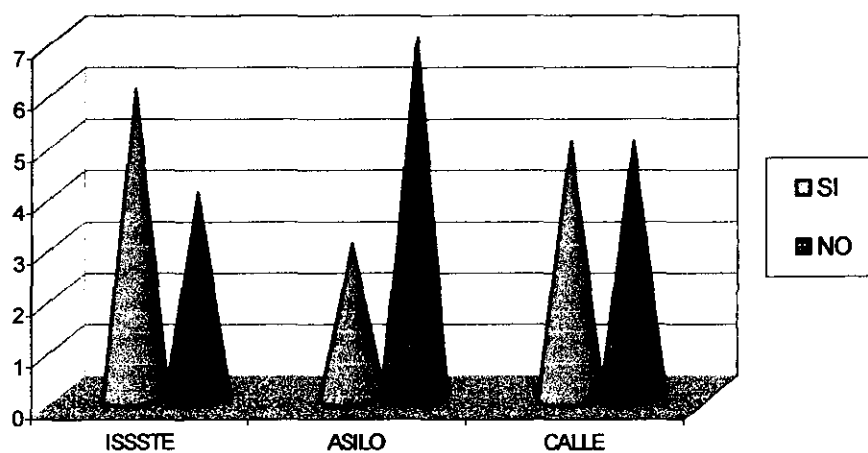
LUGAR	PROBLEMAS			PORCENTAJE		
	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO	TOTAL
ISSSTE	6	4	10	20	13.33	33.33
ASILO	3	7	10	10	23.33	33.33
CALLE	5	5	10	16.66	16.66	33.32
TOTAL	14	16	30	46.66	53.32	99.98

FUENTE DIRECTA.

Análisis: Se observa que el 53.32% no tiene problemas familiares que les preocupen actualmente ,y el 46.66% presenta problemas familiares.

Análisis Interpretativo: Los Adultos Mayores que no presentan problemas familiares es debido a la falta de familiares o de relación con ellos. Las actitudes de rechazo e indiferencia por parte de los familiares generan en el Adulto Mayor sentimientos negativos.

GRÁFICA No.16: Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999 que presentan problemas familiares actualmente.



CUADRO No.17: Tipos de sentimientos que experimentan hacia su familia los Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.

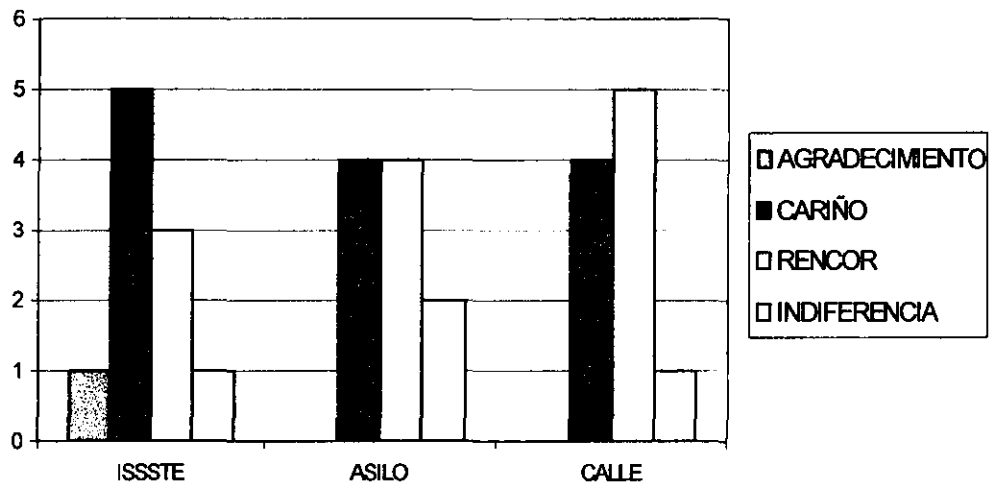
LUGAR	SENTIMIENTO					PORCENTAJE				
	Agrad.	Cariño	Rencor	Indif.	Total	Agrad.	Cariño	Rencor	Indif.	Total
ISSSTE	1	5	3	1	10	3.33	16.66	10	3.33	33.32
ASILO	0	4	4	2	10	0	13.33	13.33	6.66	33.33
CALLE	0	4	5	1	10	0	13.33	16.66	3.33	33.32
TOTAL	1	13	12	4	30	3.33	43.32	39.99	13.32	99.97

FUENTE DIRECTA.

Análisis: El 43.32% de los encuestados experimentan cariño hacia sus familiares, el 39.99% rencor, 13.32% indiferencia y el 3.33% siente agradecimiento.

Análisis Interpretativo: Los sentimientos de cariño y rencor que experimentan los Adultos Mayores están dados por cambios o acontecimientos de aceptación, tolerancia o rechazo por parte de los familiares.

GRÁFICA No.17: Tipos de sentimientos que experimentan hacia su familia los Adultos Mayores encuestados en la Cd. de León, Gto. en el período Julio-Septiembre de 1999.



**RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE ENFERMERIA
GERIATRICA**

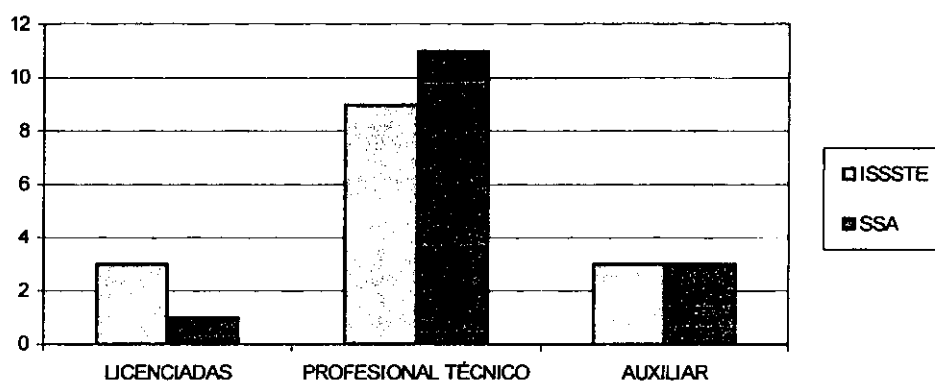
CUADRO No. 1. Nivel académico del personal de enfermería encuestado en la Cd. de León, Gto. en el período Octubre-Diciembre de 1999.

NIVEL	NÚMERO			PORCENTAJE		
	ISSSTE	SSA	TOTAL	ISSSTE	SSA	TOTAL
LICENCIATURA	3	1	4	10	3.33	13.33
PROF. TÉCNICO	9	11	20	30	36.66	66.66
AUXILIAR	3	3	6	10	10	20
TOTAL	15	15	30	50	49.99	99.99

FUENTE DIRECTA.

Análisis: El 66.66% de las enfermeras encuestadas tienen nivel de profesional técnico, 20% tiene nivel de auxiliar y solo el 13.33% tiene nivel de licenciatura.

GRÁFICA No. 1. Nivel académico del personal de enfermería encuestado en la Cd. de León, Gto. en el período Octubre-Diciembre de 1999.



CUADRO No. 2. Porcentaje de personal de enfermería encuestado en la Cd. de León, Gto. en el período Octubre-Diciembre de 1999 que cursó la materia de Geriatría en su formación académica.

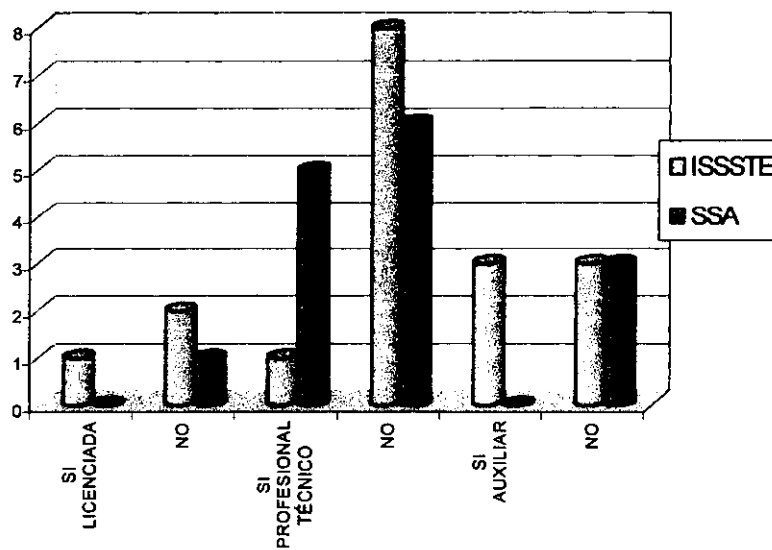
NIVEL	NÚMERO				PORCENTAJE			
	ISSSTE		SSA		ISSSTE		SSA	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
LICENCIADO	1	2	0	1	3.33	6.66	0	3.33
PROF. TÉCNICO	1	8	5	6	3.33	26.66	16.66	20
AUXILIAR	0	3	0	3	0	10	0	10
TOTAL	2	13	5	10	6.66	43.32	16.66	33.33

	SÍ	NO
TOTAL GLOBAL	23.32%	76.65%

FUENTE DIRECTA.

Análisis: Se observa que el 76.65% del personal de enfermería no tiene formación académica en geriatría y el 23.32% cursó la materia durante su formación académica.

GRÁFICA No. 2. Porcentaje de personal de enfermería encuestado en la Cd. de León, Gto. en el período Octubre-Diciembre de 1999 que cursó la materia de Geriatria en su formación académica.



CUADRO No. 3. Porcentaje de personal de enfermería encuestado en la Cd. de León, Gto. en el período Octubre-Diciembre de 1999 que tiene conocimiento de algún curso de Posgrado en Geriatría y Gerontología.

NIVEL	NÚMERO				PORCENTAJE			
	ISSSTE		SSA		ISSSTE		SSA	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
LICENCIADO	0	3	0	1	0	10	0	3.33
PROF. TÉCNICO	1	8	1	10	3.33	26.66	3.33	33.33
AUXILIAR	0	3	0	3	0	10	0	10
TOTAL	1	14	1	14	3.33	46.66	3.33	46.66

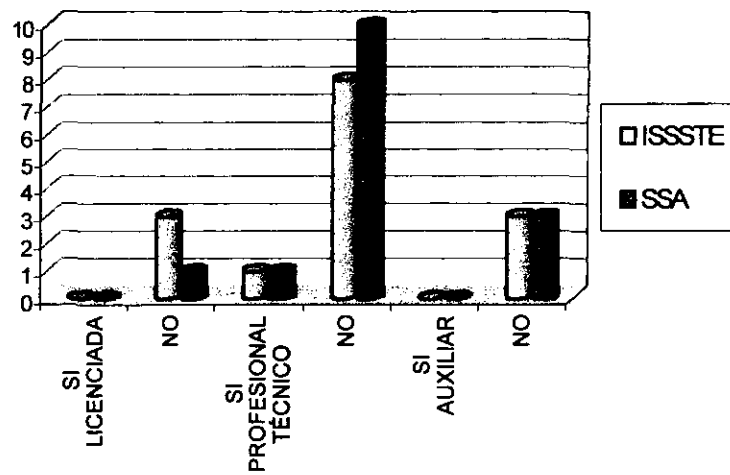
	SÍ	NO
TOTAL GLOBAL	6.66%	93.32%

FUENTE DIRECTA.

Análisis: Se observa que el 93.32% del personal de enfermería no tiene conocimiento de algún curso de Posgrado en Geriatría y Gerontología, solo el 6.66% tiene conocimiento de algún curso.

Análisis Interpretativo (Cuadro 1, 2 y 3): Debido a la falta de preparación académica y al enfoque tradicionalmente curativo del personal de enfermería, la atención para el adulto mayor es inadecuada para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales, que son elementos del equilibrio necesario para alcanzar el bienestar.

GRÁFICA No. 3. Porcentaje de personal de enfermería encuestado en la Cd. de León, Gto. en el período Octubre-Diciembre de 1999 que tiene conocimiento de algún curso de Posgrado en Geriátría y Gerontología.



CUADRO No. 4. Actitud de las enfermeras encuestadas en la Cd. de León, Gto. en el período Octubre-Diciembre de 1999 ante el Adulto Mayor.

ISSSTE						
ACTITUD	NÚMERO			PORCENTAJE		
	LICENCIADO	PROF. TÉCNICO	AUXILIAR	LICENCIADO	PROF. TÉCNICO	AUXILIAR
POSITIVA	1	6	3	3.33	20	10
NEGATIVA	2	3	0	6.66	10	0
NEUTRAL	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	9	2	9.99	30	10

	POSITIVA	NEGATIVA	NEUTRAL
TOTAL GLOBAL	33.33	16.66	0

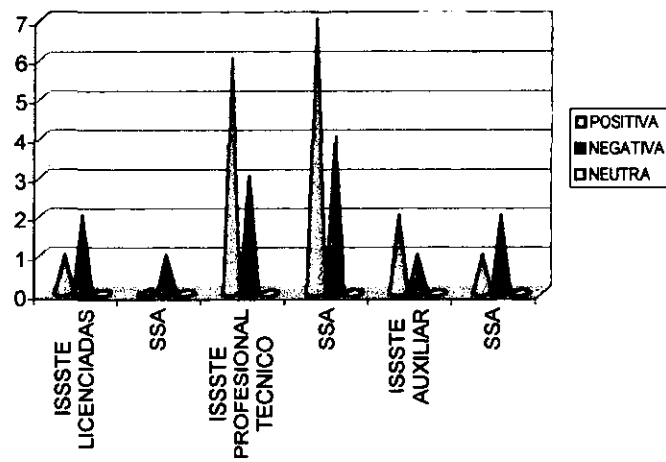
SSA						
ACTITUD	NÚMERO			PORCENTAJE		
	LICENCIADO	PROF. TÉCNICO	AUXILIAR	LICENCIADO	PROF. TÉCNICO	AUXILIAR
POSITIVA	0	7	1	0	23.33	3.33
NEGATIVA	1	4	2	3.33	13.33	6.66
NEUTRAL	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	11	3	3.33	36.66	9.99

	POSITIVA	NEGATIVA	NEUTRAL
TOTAL GLOBAL	26.66	23.32	0

Análisis: El 29.99% de las enfermeras encuestadas que laboran en el ISSSTE y el 26.66% de las que laboran en la SSA muestran una actitud positiva ante el Adulto Mayor, mientras el 19.99% de quienes laboran en el ISSSTE y 23.32% de la SSA muestran una actitud negativa.

Análisis Interpretativo: Independientemente de la institución donde labora la enfermera su actitud positiva o negativa ante el adulto mayor tiene una diferencia mínima, lo cual nos indica que es la enfermera quien muestra una falta de conocimiento en el área de Geriátrica y Gerontología.

GRÁFICA No. 4. Actitud de las enfermeras encuestadas en la Cd. de León, Gto. en el período Octubre-Diciembre de 1999 ante el Adulto Mayor.



ENCUESTA

Datos Generales:

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: F M Estado civil: _____

Religión: _____ Lugar de nacimiento: _____

Escolaridad: _____ Sabe leer y escribir: Sí No.

II Apoyos con que cuenta:

1.- ¿Con quién vive usted?

a) cónyuge b) hijo(a) c) otro familiar d) amigo e) asilo f) solo.

2.- ¿Con qué frecuencia ve a sus familiares?

1.- mucha 2.- poca 3.- ninguna.

3.- ¿Tiene algún ingreso? Sí No ¿cuál es? _____

4.- ¿Cubre sus necesidades? Sí No ¿por qué? _____

5.- ¿Cuenta con algún apoyo comunitario? Sí No ¿Cuál? _____

6.- ¿Pertenece a algún grupo? Sí No ¿Cómo se llama? _____

7.- ¿Dispone de algún transporte cuando necesita salir de su hogar?

Sí No ¿Qué tipo de transporte? _____

8.- Si usted se encontrara enfermo o inválido ¿cuenta con alguien que pudiera hacerse cargo de su atención? Sí No ¿Quién? _____

III Tipo de vivienda

¿La casa dónde usted vive es adecuada a sus necesidades? :

Sí No ¿Porqué? _____

Es propia _____ rentada _____ otros _____

IV Patrones de la vida cotidiana.

Hábitos alimenticios:

¿Cuántas veces come al día? 1 vez: _____ 2 veces: _____ 3 veces: _____

¿Consume usted?	Sí	No	¿Cuántas veces a la semana?
Carne, pescado	_____	_____	_____
Leche	_____	_____	_____
Huevo	_____	_____	_____
Verduras	_____	_____	_____
Agua	_____	_____	_____
Leguminosas	_____	_____	_____

Modo de alimentación:

Con asistencia _____ autoalimentación con dificultad _____ solo _____

Número de horas de sueño y descanso al día _____ son suficientes?

Sí _____ no _____ ¿por qué? _____:

Hábitos higiénicos:

¿Le gusta bañarse? Sí _____ no _____

¿Cuántas veces se baña a la semana? _____

V Estado de salud actual.

¿Hay desnutrición? Sí _____ no _____

¿Hay deshidratación? Sí _____ no _____

¿Hay descompensación de enfermedades crónico degenerativas (Diabetes Mellitus, hipertensión arterial) en caso de padecerlas? Sí _____ no _____

¿Padece de infecciones frecuentes?

Intestinales _____ urinarias _____ dérmicas _____ genitales _____

Otras _____.

VI Estado de la memoria.

¿Qué fecha es hoy? _____

¿En dónde estamos? _____

¿Cómo se llama? _____

¿Cuántos años tiene? _____

¿En qué año nació? _____

¿En qué año estamos? _____

¿Cuál fue su último alimento? _____

¿Qué día de la semana es hoy? _____

¿Quién es el presidente actual? _____

muy confuso _____ moderadamente confuso _____ lúcido y alerta _____

VII Estado Psicológico.

¿Tiene problemas de depresión? (se anexa escala de depresión geriátrica)

Sí _____ no _____

¿Tiene problemas de insomnio? Sí _____ no _____

¿Le causa algún problema tomar decisiones? Sí _____ no _____ ¿por qué? _____

¿Tiene algún miedo? Sí _____ no _____ ¿cuál? _____

¿Se siente nervioso? Sí _____ no _____ ¿por qué? _____

¿Tiene problemas familiares que le preocupen actualmente? Sí _____ no _____

¿Qué tipo de problemas? _____

¿Cuáles son los sentimientos que tiene hacia su familia? _____

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

- | | |
|---|-----------|
| 1.- ¿Está usted satisfecho con su vida? | Sí__ no__ |
| 2.- ¿Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades? | Sí__ no__ |
| 3.- ¿Siente usted que su vida está vacía? | sí__ no__ |
| 4.- ¿Se aburre con frecuencia? | Sí__ no__ |
| 5.- ¿Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente? | Sí__ no__ |
| 6.-¿Tiene usted esperanza en el futuro? | Sí__ no__ |
| 7.- ¿Esta usted de mal humor la mayor parte del tiempo? | Sí__ no__ |
| 8.- ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder? | Sí__ no__ |
| 9.- ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo? | Sí__ no__ |
| 10.- ¿Se siente usted frecuentemente desamparado? | Sí__ no__ |
| 11.- ¿Se siente usted nervioso e intranquilo con frecuencia? | Sí__ no__ |
| 12.- ¿ Prefiere usted quedarse en casa antes de salir y hacer cosas nuevas? | Sí__ no__ |
| 13.- ¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro? | Sí__ no__ |
| 14.- ¿Cree que usted que tiene mas problemas de memoria que los demás? | Sí__ no__ |
| 15.- ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora? | Sí__ no__ |
| 16.- ¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia? | Sí__ no__ |
| 17.- ¿Siente usted que nadie lo aprecia? | Sí__ no__ |
| 18.-¿ Se preocupa usted mucho por el pasado? | Sí__ no__ |
| 19.-¿Cree usted que la vida es emocionante? | Sí__ no__ |
| 20.--¿Le es difícil ha usted comenzar nuevos proyectos? | Sí__ no__ |
| 21.-¿Se siente usted lleno de energía? | Sí__ no__ |
| 22.- ¿Siente usted que su situación es desesperante? | Sí__ no__ |
| 23.-¿ Cree usted que los demás están mejor que usted? | Sí__ no__ |
| 24.-¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia? | Sí__ no__ |
| 25.-¿ Tiene usted ganas con frecuencia? | Sí__ no__ |
| 26.-¿ Tiene usted problemas para concentrarse? | Sí__ no__ |

- 27.- ¿Disfruta usted al levantarse por las mañanas? Sí__ no__
- 28.-¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales? Sí __ no__
- 29.-¿ Es fácil para usted tomar decisiones? Sí __ no__
- 30.-¿ Está su mente tan clara cómo solía estar antes? Sí __ no__

Total de puntos: _____

Nombre: _____

Edad: _____ sexo: _____

CALIFICACIÓN DE LA ESCALA GERIATRICA

Para calificar:

Las preguntas: 1,5,7,9, 15,19, 21, 27, 29, 30, para que se les otorgue un punto deben contrastar NO.

Las demás preguntas deben contestadas SÍ para que se les otorgue un punto.

Resultado de la valoración:

Normal: 0 a 10 puntos.

Leve: 11 a 20 puntos.

Grave: 21 y más puntos.

ESTUDIO SOBRE ENFERMERIA GERIATRICA

CATEGORIA: Licenciatura () General () Auxiliar ()

INSTITUCION: IMSS () ISSSTE () SSA()

SECCION I INSTRUCCIONES: Antes de contestar, lea con cuidado las preguntas y señale una sola opción

1.- Edad aceptada como inicio de la ancianidad:

- a) 70 años b) 65 años c) 45 años d) ninguna e) no lo sabría.

2.- Gerontología se define como:

- a) Parte de la medicina que se ocupa del cuidado del anciano.
b) Ciencia que se encarga del estudio de los adultos.
c) Ciencia que estudia los efectos y las consecuencias del envejecer.
d) Ninguna de las anteriores.
e) No sé.

3.- Los signos de proceso de envejecimiento precoz se presentan en:

- a) piel b) cerebro c) riñón d) corazón e) no lo sé.

4.- La causa más frecuente de invalidez del anciano es:

- a) diabetes b) enfermedades renales c) osteoartropatias d) ninguna de las anteriores
f) lo ignoro.

5.- La Geriatria se define como:

- a) Parte de la medicina que se ocupa del cuidado del anciano.
- b) Ciencia que se encarga del estudio de los adultos
- c) Ciencia que estudia los efectos y consecuencias del envejecer.
- d) Todas las anteriores.
- e) No sé.

6.- La disminución progresiva de la masa ósea se inicia a los:

- a) 65 años
- b) 30 años
- c) 45 años
- d) 70 años.

7.- El lugar ideal para vivir los ancianos es:

- a) Asilos
- b) casa de los hijos
- c) sus propios hogares
- d) ninguna de las anteriores
- f) no lo sé.

8.- La población de ancianos en México es de más de:

- a) 2 millones
- b) 40 millones
- c) 10 millones
- d) 6 millones
- e) no lo sabría.

9.- El estreñimiento de los ancianos se debe principalmente a:

- a) disminución de la ingesta de alimentos
- b) resultado en su invalidez
- c) disminución en la peristalsis intestinal
- d) todas las anteriores
- e) lo ignoro.

10.- La causa de muerte en los ancianos que ocupa el primer lugar es:

- a) artritis y fracturas.
- b) Enfermedad cardiovascular.
- c) Insuficiencia renal
- d) Demencia tipo Alzheimer.
- e) No lo sé.

SEÑALE FALSO (F) O VERDADERO (V)

- 11.- Cuando un anciano se vuelve incontinente de orina, esto se debe generalmente a un desinterés en la higiene personal.- _____
- 12.- La senilidad es causada por aislamiento de la sociedad. _____
- 13.- Un examen anual de salud es inútil conforme avanza la edad. _____
- 14.- La pérdida de memoria en el anciano es igual a demencia. _____
- 15.- Una úlcera de decúbito se debe a falta de atención. _____

SECCION II Escriba la información que se solicita en el espacio proporcionado. Use el reverso de las hojas para ampliar sus comentarios.

- 16.- En su escuela o Facultad ¿ se imparte la materia de Geriátria? Si () No ()

De no existir el programa de Geriátria por favor pase a la pregunta 21.

- 17.- La enseñanza es obligatoria () opcional ()
- 18.- ¿ Cómo se encuentra organizada? No. De horas () horas de práctica () horas de teoría().
- 19.- Las horas de práctica se realizan en: (porcentaje)
Hospital () Asilos y similares () Comunidad ()

20.- ¿quién es el encargado de la enseñanza?

Enf. Especialista () Gericultista () Enf. General () Médico Geriatra() Otro()

21.- ¿ Existe interés en su escuela o Facultad por incluir la materia de Geriatria?

Si () No ()

22.-¿ Tendría usted interés en algún curso de capacitación en Geriatria? Si() No()

23.-¿Conoces algún curso de Posgrado en Geriatria y Gerontología para enfermeras?

Si() No()

En caso afirmativo ¿cuál es?

SECCION III INSTRUCCIONES: Elija una sola opción que mejor represente su manera de pensar o sentir. Anotando el resultado en el cuadro anexo.

- 1.- Sería preferible que la mayoría de los ancianos viviera en los asilos.
- 2.- La mayoría de los ancianos no son diferentes del resto de los pacientes.
- 3.- El anciano constantemente se queja del comportamiento y exceso de los adultos jóvenes.
- 4.- Una cualidad de la mayoría de los ancianos es oírlos contar sus experiencias pasadas.
- 5.- La mayoría de los ancianos es capaz de conservar su casa limpia y atractiva.
- 6.- El anciano demanda afecto y cuidados de manera constante.
- 7.- Muy pocos de los problemas del viejo se mejoran con fármacos.
- 8.- La mayoría de los ancianos son reservados y solo dan su opinión cuando les preguntan.
- 9.- El anciano es incapaz de tomar decisiones por lo que el familiar debe tomarlas.
- 10.- La mayoría de los ancianos se preocupan demasiado con pensamientos acerca de la muerte.
- 11.- La mayoría de los ancianos son fáciles de comprender como los jóvenes y adultos.
- 12.- Cuando el anciano dice “ya no tengo nada porque vivir” hay que suspender todo tratamiento.

- 13.- Es una tontería la conseja “la sabiduría viene con los años”
- 14.- Los ancianos son los que tienen el poder y la influencia en política y negocios.
- 15.- Todos los intentos y medios disponibles deben aplicarse para evitar la muerte del anciano.
- 16.- El diagnóstico “senilidad” es para pacientes en donde la etiología no llega a descubrirse.

PREGUNTA	TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	INDIFERENTE	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					



CONCLUSIONES

Consideramos que los objetivos planteados en esta investigación fueron alcanzados, ya que logramos conocer los factores sociales, culturales, económicos y educativos del abandono del adulto mayor, así como las manifestaciones psicológicas (depresión) generadas por el abandono.

Al realizar la investigación pudimos comprobar que nuestra sociedad, tiene escasez de valores éticos y morales lo que origina agresividad, indiferencia e insensibilidad hacia el adulto mayor, por considerarlo inútil e improductivo. Las causas económicas y educativas comprobadas demostraron que indistintamente del nivel escolar y estrato socioeconómico el comportamiento de abandono y rechazo es el mismo hacia él.

Es necesario que reconsideremos nuestra actitud, reconociendo y aceptando al adulto mayor como una persona con los mismos derechos y valores que los adultos, jóvenes y niños.

Se considera que el abandono genera depresión en el adulto mayor, ya que el 100% de los encuestados sufren de ella (ver cuadro No. 15) y se precisa, pero no se comprueba que la depresión generada en él reduce su lapso vital.

A pesar del abandono en el que se encuentran existen sentimientos de cariño y agradecimiento hacia sus familiares y en menor grado experimentan rencor e indiferencia (ver cuadro No. 17).

Durante la aplicación del instrumento de la investigación nos encontramos con la desconfianza, rechazo del adulto mayor; debido al maltrato que recibe por parte de la sociedad, por lo que debemos comprender que el envejecimiento es un fenómeno universal, es un proceso de la vida del ser humano, que requiere capacidad de adaptación situación que todos debemos entender porque lo experimentaremos algún día.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

La atención hacia el adulto mayor requiere de amplios conocimientos en las áreas fisiológicas, psicológicas, social y cultural del proceso del envejecimiento, por parte de la enfermera; pero lamentablemente en la realidad no sucede ya que de acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta sobre enfermería geriátrica, encontramos que la mayoría de las enfermeras no cursó la materia de Geronto-Geriatria durante su formación académica (ver cuadro No. 2) lo que repercute de manera directa en la atención que se proporciona al adulto mayor.

Es importante resaltar la actitud de la enfermera ante el adulto mayor, ya que se encuentra en igual proporción positiva y negativa (ver cuadro No. 4) es preocupante que aunado a la falta de conocimientos existe apatía y escasez de valores humanos, que impiden brindar una atención holística al adulto mayor.

Al realizar la investigación pudimos constatar la realidad de abandono que vive el adulto mayor, esto nos hizo reflexionar sobre sus condiciones de vida, adquirimos sensibilidad, mejoría en el trato hacia ellos, adquisición de conocimientos que como profesionales pudimos reflejar en nuestra propia conducta y atención de salud que le brindamos y no sólo eso ya que tuvimos la oportunidad de percibir su calidez y calidad humana; pues su carencia de amor les permite valorarlo hacia los demás.

SUGERENCIAS

Durante la investigación realizada sobre las causas sociales del abandono y sus repercusiones psicológicas en el adulto mayor, observamos que la atención proporcionada por el personal de enfermería tiene deficiencias importantes como son: apatía, falta de conocimiento e insensibilidad hacia el adulto mayor.

Por lo que sugerimos realizar actividades dirigidas a lograr el máximo nivel de salud de los adultos mayores sanos o enfermos, mediante su abordaje holístico e interdisciplinario, tanto en el ámbito familiar como comunitario o institucional, en este último, a nivel ambulatorio, intermedio, crítico o de rehabilitación tomando en cuenta que la atención del adulto mayor deberá ser en forma individual.

Fomentar la participación activa del adulto mayor en lo que respecta a su autocuidado teniendo en cuenta sus potencialidades y limitaciones.

Es importante no mantenernos ajenos a la problemática del abandono de él y participar en la lucha por sus derechos y los cambios que ayuden a evitar el estereotipo social hacia la vejez.

La comunicación con el adulto mayor debe ser constante, considerando su opinión y sus recursos, así como respetar sus creencias y estimularlo a que desempeñe una función activa. No es suficiente oír al anciano, hay que saberlo escuchar, comprender, generar empatía y saber responder a sus preguntas, dudas e inquietudes, recordando que las acciones de enfermería van dirigidas a satisfacer sus necesidades en forma integral y a promover su bienestar.

Es de gran importancia que el adulto mayor se mantenga activa física y emocionalmente, esto evita su deterioro físico, emocional y mental evitando su aislamiento social.

Las acciones que vamos a emprender con ellos deben ser coherentes con los recursos con los que cuentan para no interrumpir el plan de acción.

Debemos concientizar y sensibilizar a la familia sobre el trato al adulto mayor sano o enfermo orientándolos a proporcionar un mejor trato obsequiándoles un instructivo sobre las atenciones básicas que amerita.



A N E X O S.

GLOSARIO

GERON-GERONTOS (viejo-anciano) de aquí el origen de los términos Geriatria y Gerontología.

GERONTOLOGÍA: Es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos y del hombre en todos sus aspectos: biológico, psicológico, social, cultural y económico.

GERIATRÍA: En España en 1947 se creó la Sociedad Española de Gerontología, esta sociedad definió la Geriatria como la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos.

Geriatria pasa a ser un área integradora, ya que implica acciones de diagnóstico, terapéuticos, medicina interna, de fomento a la salud, preventivos, a la vez se incorpora la administración y coordinación de servicios para la vejez, además la formación y desarrollo de recursos humanos .

ANCIANO O VIEJO: Persona de edad avanzada, persona en la última etapa de la vida.

ABANDONO: Descuido, incumplimiento de la obligación legal de suministrar alimentos a quien tiene el derecho a recibirlos, falta de afecto, descuidar el aseo personal.

DESHIDRATACIÓN: Es el nombre general de los trastornos en que el cuerpo y el tejido pierden agua.

DESNUTRICIÓN: Es la deficiencia de uno o más nutrientes, en especial hierro, calcio, vitamina A y C, rivo flavina y calorías.

LONGEVIDAD: Es la edad máxima de vida que pueden alcanzar los individuos de una misma especie. Las investigaciones sobre este fenómeno indican que el potencial vital de la especie humana puede ser de 120 a 150 años.

SENECTUD: Es la etapa de la vida del ser humano que cubre los años de la vejez o ancianidad; por extensión senecto es igual a anciano.

SENIL: Proviene del latín *secere* que quiere decir envejecer.

VIEJO: Persona con determinadas características como: arrugas, pelo cano, encorvado, con lentes, etc.



DECLARACION DE “ LA FEDERACION INTERNACIONAL DE LA VEJEZ” SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS DE EDAD.

La Federación Internacional de la vejez (FIV) es una entidad privada sin fines lucrativos, que dirige una red de 100 organizaciones, miembros quienes representan o sirven directamente a la población mayor en alrededor de 50 países del mundo.

La FIV proclama los siguientes derechos de las personas que se les debe garantizar como medidas nacionales e internacionales apropiadas de manera que gocen de protección y puedan seguir aportando su contribución a la sociedad.

DERECHOS DE LAS PERSONAS DE EDAD.

Independencia: Las personas de edad avanzada tienen derecho a:

- 1.- Vivienda, alimentos, agua, ropa y atención sanitaria adecuados mediante el suministro de ingresos, el apoyo de la familia y la auto ayuda.
- 2.- Trabajar y hacer uso de otras oportunidades de generación de ingresos sin barreras basadas en la edad.
- 3.- Jubilarse y participar en la determinación del momento y la forma en que ha de retirarse del trabajo.
- 4.- Tener acceso a los programas educativos y capacitación con objeto de mejorar la alfabetización, facilitar el empleo.
- 5.- Vivir en ambiente seguro y adaptable a sus preferencias personales y a sus capacidades ambientales.
- 6.- Residir en su propio hogar durante tanto tiempo como sea posible.

Participación: Las personas de edad avanzada tiene derecho a :

- 7.- Seguir integradas a la sociedad y a participar activamente en ella, incluido el proceso de desarrollo y la formulación y aplicación de políticas que afectan directamente su bienestar.

- 8.- Compartir sus conocimientos, capacidades, valores y su experiencia con las generaciones más jóvenes.
- 9.- Tratar de encontrar y desarrollar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de servir como voluntarios en cargos apropiados a sus intereses y capacidades.
- 10.- Crear movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

Cuidados: Las personas de edad avanzada tienen derecho a:

- 11.- Recibir apoyo y cuidados de la familia, de acuerdo con la situación de ésta.
- 12.- Recibir servicios de salud que les ayuden a mantener o volver a tener un nivel óptimo de bienestar físico, mental e impedir o retrasar las enfermedades.
- 13.- Tener acceso a servicios sociales y jurídicos con objeto de mejorar sus posibilidades de autonomía y de brindarles protección y cuidados.
- 14.- Utilizar niveles apropiados de atención en instituciones que les proporcionen protección, servicios de rehabilitación y estímulo social y mental en un ambiente humano y seguro.
- 15.- Ejercer sus derechos humanos y sus libertades fundamentales cuando residan en instalaciones de albergue, de atención o de tratamiento, incluido el pleno respeto a sus creencia, dignidad, necesidades y ha su vida privada; y el derecho a adoptar decisiones acerca de la atención que reciban y de la calidad de su vida.

Plenitud humana: Las personas de edad avanzada tiene derecho a :

- 16.- Hacer uso de todas las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
- 17.- Tener acceso a los recursos educacionales, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad: Las personas de edad avanzada tienen derecho a :

- 18.- Ser tratados con equidad cualesquiera sean su edad, sexo, orígenes raciales o étnicos, impedimentos o su situación de cualquier tipo, y ha ser valoradas independientemente de sus aportaciones económicas.
- 19.- Vivir con dignidad y seguridad, libres de explotación y de maltrato físico y mental.

20.- Ejercer autonomía personal en la adopción de decisiones en materia de salud incluido el derecho a morir con dignidad, aceptando o rechazando tratamientos encaminados únicamente a prolongarles la vida.

ORACION DE LA TERCERA EDAD

Señor quiero darte las gracias por darme
La oportunidad de llegar a la tercera edad.

Gracias por llegar sano y que en deambular
Del camino por delante, me des la fuerza
Suficiente para no tropezar y darme la firmeza
No solo de mi pulso sino de mis decisiones.

Gracias por saborear los deliciosos manjares
De los alimentos que junto con tu fé
Me fortalecen en cuerpo y espíritu.

Gracias por darme el mismo brillo en los ojos y
Nunca caiga en la indiferencia ni en la hipocresía
Porque entonces yo mismo me habré derrotado y jamás
Me permitas que caiga en éste abismo

Gracias por haberme brindado el momento en que descubrí
Que no era perfecto, ni sabio ni poderoso, me hablaste
De la grandeza de la humildad, de la sinceridad y de la honestidad
Del hombre.

Gracias porque del arcón de mis recuerdos solo traigo a mi mente
Las horas felices que me diste.

Gracias porque quienes me encuentran en el camino
Podrán compartir conmigo el cúmulo de la experiencia
Que alimentan la esperanza de continuar adelante.

Gracias por aquellos que me brindan el calor de su compañía y jamás permiten
Que esté solo y a ti que en mis sueños me encomiendo y estaré consciente de
Tu llamado a la hora que me indiques.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD.

LA VEJEZ.

La vejez es una cortina de piel que encierra el cuerpo en silencio. Suele atribuirse a los viejos un haz de olvidos que fluyen en sus ojos cansados, como si en la mirada pudieran sumergirse los recuerdos.

La vejez es el agolpamiento de juventudes metidas en el pecho. Solo un hombre viejo puede atisbar al destino desde la cumbre de su propia existencia.

La vejez, es una ofrenda de paz con los años colgados en los hombros aunque la vista jamás se doblega, siempre apunta a las alturas, aún cuando la opacidad esconda el color de la atalaya.

En la ancianidad hay un dolor delicioso que nace en la frente y se escapa lento por la nuca. Un sopor que orilla a dormir entre la vida y el sueño, entre el tiempo que impera en la memoria y el que vuela en los alientos.

El ermitaño es un viejo que disfruta la nostalgia en el enclave de su lejanía. Apacigua la sed en el manantial de los recuerdos y aspira la soledad que se desprende de los árboles del otoño.

La delicia no humedece siempre a la vejez. El asilo de ancianos es para algunos la última reclusión y el más grande de los abandonos.

La longevidad se atrapa en la pulcritud moral de los muros o ve transcurrir la vida ajena a través de una ventana de cristales empañados.

En la esquina de la noche rasgan las tinieblas, brilla una estrella en la punta de un puñal. El lucero de los filos quiere bañarse en heridas. Una mano recia y un rostro cubierto de

obscuridad, blande el paso canino de un viejo. Acuchillan la historia encaramada en la curvatura de la espalda.

La vejez, empero, no es la fragilidad envuelta en el hacinamiento de los años tampoco significa el preludio de la muerte que tiembla sobre el báculo empolvado.

En la huelgas nunca falta un viejo que haga mas prometedor el arribo de la madrugada. Custodia las puertas cerradas con banderas y alboradas, acurruca en su vigilia una esperanza para todos.

En el campo, la vejez no se fatiga nunca de preñar el vientre de la tierra ni aquieta sus pies semidesnudos en el trajinar de los surcos y la vida.

La vejez no es el asalto de los años que anuda los dedos y aprisiona la boca en el silbido congelado. En la carne y el espíritu de los viejos se cuele la aventura de muchos hombres.

¿Qué palabra mas grata se introduce en el caracol de los niños, si no es el lenguaje de cascadas de lontananza que brota de la garganta de los viejos?.

¿Qué caricia mas dulce se pasa en la cabeza de los niños, si no es la mano del viejo que se desliza como seda animada entre los cabellos y las sonrisas que descuellas a la vida?.

En las encías despobladas del anciano, flotan los fantasmas que se prenden al mundo de los vivos en los asideros del cuento. Cada viejo tiene un relato oculto en las serpentinas del rostro.

Se afirma que los viejos vuelven a la niñez en los últimos tramos del viaje, en realidad son los niños que viven su propia infancia reflejada en el amor del anciano.

No todos los ancianos concluyen su trayecto sepultados en arrugas y con una sonrisa dibujada en el semblante. Muchos terminan en la banqueta con la piel mordida por el frío.

Clavar una barra de metal o de agravio en el corazón de los viejos, es encajarse un dardo envenenado en el alma o asesinar el alba de nuestra propia vejez.

La ancianidad no es el simple recuerdo transportado en los huesos y la carne. En cada viejo hay una leyenda pintada en la faz, un eco que nace y renace entre las arrugas, hay que arrimar el oído a los nichos de luz amarilla, para escuchar.

Envejecer no es un proceso de manos enredadas por la artritis o someter la espalda al látigo del lumbago. Ser viejo es llevar la existencia con el devenir vivo en la mente y en la entraña; vivir con la lucidez de que el hombre es la prolongación del hombre.

PINO PAEZ.

BIBLIOGRAFÍA

1. DICE J. F. "Cellular and Moleccular Mechanisms of aging Physiology". Rev. 73 200p.
2. GUTIERREZ F. M. "Perspectivas para el Desarrollo de la Geriatria en México". Salud Pública de México 1990 pág. 693-701.
3. SALGADO Alba. A. GUILLEN " Geriatria, Especialidad Médica en Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica" Ed. Salvat Barcelona 1986 200p.
4. OPS "Enfermería Gerontológica", Editorial Serie Paltex 1993 78p.
5. CARNEVALI Doris, "Tratado de Geriatria y Gerontología". Ed. Interamericana 2da Ed., México 1988.
6. GIESLER Annatte "Valoración Geriátrica" Ed. Interamericana 1ª. Ed. México 1992.
7. HAM Richard, "Atención primaria Geriatria (casos clínicos)" Ed. Mosby/Doyna libros 1995.
8. LOVESTONE Simon "La Depresión en el Anciano" Ed. Martín Dunitz España 1997.
9. KASTENGAUM Robert "Vejez años de Plenitud" Ed. Harper & Row, Latinoamericana México 1980 128p.
10. INSEN "Acción y Proyección del Instituto Nacional de la Senectud", México 1976 129p.
11. ISSEM y M "Madurez. Publicaciones en Geriatria y Gerontología" México 1977 129p.
12. ROJAS Soriano Raúl "Guía para realizar investigaciones sociales" UNAM México 1981 274p.
13. Selecciones del Readers Digest "Gran diccionario enciclopédico ilustrado" México 1988 3116p.
14. KOLB Brodie "Psiquiatria clínica" Ed. Interamericana 10ª Ed. México 1988 850p.