



CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CLAVE: UNAM 8963-23 ACUERDO CIRE 17/10 de fecha 22-06-
2010

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO DEL ADULTO
MAYOR HOSPITALIZADO EN LA CLINICA DEL ISSSTE

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

C. ROSITA YENUEN LOPEZ SOLANO

ASESOR:

L.E.A. CONCEPCION BRITO ROMERO

IGUALA GUERRERO, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



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.

CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: UNAM 8963-23 ACUERDO CIRE 17/10 de fecha 22-06- 2010

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR EN LA
CLINICA DEL ISSSTE

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ROSITA YENUEN LOPEZ SOLANO

SINODALES:

LIC.ENFRIA MARTHA ELENA CISNEROS MARTINEZ _____Presidente

L.E.A CONCEPCION BRITOROMERO _____Secretaria

M.C.E. VIRGINIA HERNANDEZ GARCIA _____Vocal

IGUALA GUERRERO, MARZO 2023

RESUMEN

Antecedentes: El envejecimiento conlleva a, cambios fisiológicos, biológicos y las condiciones socioeconómicas deficientes. El cuidado del Adulto Mayor demanda tiempo, recursos económicos y humanos, ello ha hecho que las familias no asuman su cuidado y opten por no cuidarlos y abandonarlos en las instituciones de salud durante su internamiento y recuperación de la salud, y dejarlos al cuidado de cuidadores o familiares lejanos. **Objetivo General:** Identificar las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor hospitalizado en la clínica del ISSSTE. **Metodología:** Se realizó una investigación observacional, descriptivo de corte transversal, se trabajó con una muestra de 80 Adultos Mayores de la clínica del ISSSTE a quienes se les aplicó una encuesta estructurada con las variables: socioeconómicas, demográficas y biológicas; aplicando el test de yesavege y Hamilton, para poder conocer el motivo de ingreso. A la clínica del issste Los Adultos Mayores que participaron en el estudio firmaron de forma voluntaria el consentimiento informado. La tabulación de datos se realizó en el programa SPSSV. 20, y los resultados se presentan en tablas de frecuencia y porcentajes. **Resultados:** La investigación encontró que, de los 80 adultos mayores hospitalizados, el 50% tienen entre 71 a 80 años, el 56,3% son mujeres, el 35% no tienen cónyuge, el 56,3% provienen del área rural, el 40% no reciben visitas de sus familiares, el 81% tienen relación familiar considerada entre regular a mala. El 94% reciben la pensión jubilatoria y pensión del adulto mayor. Las variables asociadas al abandono son el género femenino, con un porcentaje de 59%. El motivo de hospitalización fueron las enfermedades crónicas degenerativas en primer lugar la diabetes mellitus con 39, en lugar la hipertensión arterial, siendo estas dos las causas más relevantes, provocando ansiedad en ellos, y primer lugar el tiempo de estancia hospitalaria fue de un mes con un 39%. **Conclusiones:** las causas del abandono del adulto mayor hospitalizado fueron la ansiedad, y la depresión. A pesar de ser pacientes derechohabientes se da el abandono por parte de sus familiares directos, ya que están a cargo de cuidadores eso aumenta más la de presión en ellos

Palabras claves: Adulto mayor, Envejecimiento, Encuestas demográficas, Geriatria.

SUMARY

Background: Aging leads to physiological and biological changes and deficient socioeconomic conditions. The care of the Elderly requires time, economic and human resources, this has made families not assume their care and choose not to care for them and abandon them in health institutions during their hospitalization and recovery of health, and leave them in the care of caregivers or distant relatives.

General Objective: Identify the causes and consequences of the abandonment of the elderly hospitalized in the ISSSTE clinic.

Methodology: An observational, descriptive cross-sectional investigation was carried out, we worked with a sample of 80 Older Adults from the ISSSTE clinic to whom a structured survey was applied with the variables: socioeconomic, demographic and biological; applying the Yesavege and Hamilton test, in order to know the reason for admission. To the ISSSTE clinic The Older Adults who participated in the study voluntarily signed the informed consent. Data tabulation was performed using the SPSSV program. 20, and the results are presented in frequency and percentage tables. **Results:** The investigation found that, of the 80 older adults hospitalized, 50% are between 71 and 80 years old, 56.3% are women, 35% do not have a spouse, 56.3% come from rural areas, the 40% do not receive visits from their relatives, 81% have a family relationship considered between fair and bad. 94% receive the retirement pension and pension of the elderly. The variables associated with abandonment are the female gender, with a percentage of 59%. The reason for hospitalization was chronic degenerative diseases, in the first place diabetes mellitus with 39, instead of arterial hypertension, these two being the most relevant causes, causing anxiety in them, and in the first place the length of hospital stay was one month with 39% **Conclusions:** The factors associated with abandonment were anxiety.

Keywords: Older adults, Aging, Demographic surveys, Geriatrics.

ADRADECIMIENTOS

Este presente trabajo agradezco primeramente a Dios; A mis padres y familiares por haberme brindado su apoyo moral y económicamente para seguir estudiando y lograr el objetivo trazado para un futuro mejor.

Un especial agradecimiento a la Escuela de Enfermería por haberme aceptado a formar parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar nuestra carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Agradezco también a mi asesora de tesis, a la L.EE Concepción Brito Romero me ha orientado, apoyado y corregido en esta labor científica, con un interés y una entrega gracias por todo su apoyo y constancia para poder concluir satisfactoriamente esta tesis

Para finalizar agradecemos a todos los que fueron nuestros compañeros de clase durante todos estos años de universidad ya que gracias al compañerismo amistad y apoyo moral han aportado en un alto porcentaje nuestras ganas de salir adelante en nuestra carrera profesional

C. ROSITA YENUEN LOPEZ SOLANO

DEDICATORIAS

Al creador de todas las cosas, al que me ha dado la fortaleza y el don de la perseverancia para alcanzar mi meta, quien me ha dado fuerzas cuando a punto de caer he estado; por ello con toda la humildad que mi corazón puede emanar dedico primeramente mi trabajo de tesis a Dios.

A mis padres, mis dos grandes ejemplos y motores de vida, gracias por poner en mí toda su fe y su confianza para poder lograr este sueño. Gracias por los ejemplos de constancia y perseverancia que me han influenciado para poder salir adelante, gracias por estar siempre en mí, incondicionalmente, a mi hermano por todo su apoyo, y por estar presente en cada momento de mi vida, a mi abuelito, que ya no está aquí, pero sé que se sentiría muy orgulloso de mí, siempre decía que yo iba hacer buena enfermera, gracias hasta el cielo.

C. ROSITA YENUEN LOPEZ SOLANO

ÍNDICE

CONTENIDO	PAG.
RESUMEN	
SUMMARY	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE	
ÍNDICE DE GRAFICAS	
I.- INTRODUCCION	
1.1. JUSTIFICACION	
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.3. OBJETIVOS	
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	
1.3.2. OBJETIVO ESPECIFICO	
II.- REVISION DE LA LIETRATURA	
2.1. DEFINISION	
2.2. ANTECEDENTES	
2.3. POPLACION ADULTO MAYOR	
2.3.1. PROCESO DE ENVEJECER	
2.3.2. CAMBIOS FISICOS	
2.3.3. CAMBIOS PSIQUICOS	
2.3.4. CAMBIOS SOCIALES	
2.4. EL ADULTO MAYOR Y LA FAMILIA	
2.5. DERECHOS DELADULTO MAYOR	
2.5.1. IGUALDAD DE OPORTUNIDADES	
2.5.2. LEY DEL ANCIANO	
2.5.3. LEY ORGANICA DE SEGURIDAD SOCIAL	
2.5.4. LEY ORGANICA DE SALUD	
2.6. FACTORES ASOCIADOS AL BIENETAR DEL ADULTO MAYOR	
2.6.1. TIPOS DE ABANDONO	
2.7. CAUSAS DEL ABANDONO	
2.7.1. CONSECUENCIAS DELABANDONO	
2.8. ANSIEDAD	
2.8.1. MANIFESTASIONS PSIQUICAS	
2.8.2. MANIFESTASIONES FISICAS	
2.9. FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION DELADULTO MAYOR ...	

III.- METODOLOGIA	
3.1. DISEÑO METODOLOGICO	
3.2. UNIVERSO Y MUESTRA	
3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	
3.4. CRITERIOS DE EXCLUSION	
3.5. MATERIAL Y METODO	
3.6. VARIABLES	
3.7. OPERACIÓN DE VARIABLES	
3.8. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS	
3.9. METODOS	
3.10. TECNICAS	
3.11. INSTRUMENTOS	
3.12. TES DE HAMILTON	
3.13. INDICE DE BARTHEL	
3.14. TES DE YASAVAGE	
3.15. ANALISIS DE LOS DATOS	
3.16. ETICA DE ESTUDIO	
IV RESULTADOS Y DISCUSION	
V.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	
5.1. CONCLUSIONES	
5.2. SUGERENCIAS	
VI.- BIBLIOGRAFIA	
ANEXO "A" CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ANEXO" B" APLICACION DE ENCUESTAS	

ÍNDICE DE FIGURAS

	PAG.
FIGURA 1. EDAD	
FIGURA 2. ESCOLARIDA	
FIGURA 3. SEXO	
FIGURA 4. ESTADO CIVIL	
FIGURA 5. RESDENCIA DEL ADULTO MAYOR	
FIGURA 6. RELACION FAMILIAR	
FIGURA 7. INGRESOS ECONOMICOS	
FIGURA 8. ENFERMEDADES CRONICAS	
FIGURA 9. TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	
FIGURA 10. TIEMPO DE DETERIORO	
FIGURA 11. LUGAR DE RESIDENCIA	
FIGURA 12. ANSIEDAD (VALORACION DEL TES DE HAMILTON)	
FIGURA 13. DEPRESION (DISTRIBUCION SEGÚN LA VALORACION DE YAAVAGE)	
FIGURA 14. ABANDONO (VALORACION DEL TES DE HAMILTON)	
FIGURA 15. DEPENDENCIA DEL ABANDONO	

I. INTRODUCCION

El envejecimiento es un proceso inevitable de involución, los cambios propios de la edad se asocian con los estilos de vida, cambios fisiológicos, psicológicos y las condiciones socioeconómicas; exponiendo al adulto mayor a una situación de vulnerabilidad en relación a su salud funcional, al volverse dependiente de otras personas para desarrollar actividades cotidianas (Cárdenas A. 2018).

La familia es la base fundamental para la vida del adulto mayor debido al vínculo de convivencia y protección que se crea, sin embargo, la sociedad actual experimenta cambios significativos en la modernización de la sociedad, demanda de tiempo, incremento de cuidados integrales (salud física, mental y social), recursos económicos y humanos, estos cambios han impactado en la estructura familiar, haciendo que los familiares no asuman el cuidado del adulto mayor y dejando su atención a un cuidador/a olvidados en las unidades médicas.

Según la Organización Panamericana de la Salud, el abandono es definido como: “el descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno, o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral, puede ser intencionada o no intencionada”. Con esta premisa se puede asumir que muchos adultos mayores son víctimas de este abandono, no solo al ser desamparados, sino al ser olvidados cuando están enfermos (Salud publica 2018).

En México estudios realizados en la INEGI 2020 da a conocer que el 11% de adultos mayores viven solos; el 49% en compañía de sus hijos, el 17% de sus nietos y solo el 15% con su esposo/a o compañero/a; además del total el 81% de adultos mayores refieren estar satisfechos con su vida; el 28% sentirse desamparado; el 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede

sucedir. Con estos datos se puede discernir que la satisfacción de la vida del adulto mayor aumenta cuando vive en compañía. La Constitución política de los estados unidos mexicanos, identifica al adulto mayor como un grupo vulnerable, por ello en su artículo 36, “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social, económica, y protección contra la violencia”; los adultos mayores gozarán de derechos que garanticen una vida plena según la política del “Buen Vivir” (Salud publica 2018).

Al considerar que el envejecimiento debe ser un proceso placentero con una vida digna y saludable, a través de su participación y empoderamiento junto a la familia, la sociedad y el Estado. Si bien existen políticas que buscan proteger y asegurar una mejor calidad de vida para los adultos mayores, la realidad es distinta; tanto así que este grupo vulnerable se encuentra cada vez más excluido socialmente y principalmente de su familia por ser personas dependientes, esta condición hace que terminen abandonados dentro de las unidades médicas, esta situación puede generar en los adultos mayores trastornos psicológicos (ansiedad, depresión) y patológicos (Salud y bienestar 2019).

1.1 Justificación.

El presente estudio posee una importancia singular; pues existe escasa información sobre esta realidad, no hay investigaciones locales que destaquen las causas y consecuencias de abandono de las personas adultas mayores son, además los resultados que se obtengan, podrán servir de base para investigaciones futuras.

El adulto mayor experimenta situaciones de cambios a nivel emocional y social, estas situaciones nombradas en el estudio anterior son denominadores comunes

para la mayoría de los adultos mayores, los mismos que les pueden llevar a presentar múltiples complicaciones a nivel cognitivo y funcional; provocando un deterioro de su calidad de vida. Mario Castañera, et .al, en su libro “Apuntes de Geriatria”, indica que un paciente geriátrico es el mismo con su enfermedad y sus deficiencias, a esto se le añaden la historia de su vida. Llegando a cuestionarse si en realidad se toma en cuenta y si hay una valoración biopsicosocial a través de un equipo multidisciplinario o solo al adulto mayor se lo atiende de manera superficial, valorando nada más su estado físico y no psicológico. (2019)

1.2. Planteamiento del problema

La vejez en algunos países es considerada como los años dorados, donde el individuo deja de trabajar, preocuparse y sentir necesidad alguna, su único propósito es disfrutar de su pensión jubilar y los años que le queda de vida.

De acuerdo a la OMS, los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor. Además, entre los adultos mayores son más frecuentes experiencias de soledad por muerte o abandono de alguno de sus seres queridos. De igual manera, los cambios sociales que sufre al envejecer son factores que pueden ocasionar sentimientos de aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia (OMSS, 2019).

A nivel mundial el envejecimiento de la población tiene una mayor importancia por su impacto económico y social, además por ser un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema sanitario por la mayor presencia de enfermedades crónicas

degenerativas, como lo son mal nutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras. En México, a través de entidades gubernamentales se busca velar por el cumplimiento de los derechos y cuidados del adulto mayor; sin embargo, investigaciones como la de Delgado (2016) ha estimado que una de las causas principales del abandono de los adultos/as mayores en las unidades médicas son los problemas con la familia el cual abarca el 40% de los casos.

América Latina, es una de las regiones con mayor desigualdad social, que se refleja más aun en las personas de la tercera edad. La Organización Panamericana de la Salud (2016), afirma que, en la Región, cerca del 50% de la población de adultos mayores, no tienen recursos económicos para satisfacer sus necesidades diarias; y una tercera parte no dispone de jubilación, pensión, ni trabajo remunerado; la mayoría de los adultos mayores alcanzan sólo el nivel primario de educación y vive en áreas urbanas, el 40% de los hombres y el 8% de las mujeres de 60 años o más todavía trabajan (Zambrano, 2019).

En México, de acuerdo a la Agenda de igualdades para Adultos Mayores 2015-2016, las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son, en su mayoría, deficitarias. Se estima que el 57,4%, correspondiente a 537.421 personas, se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza, el 30% de las personas adultas mayores cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, el 14,70% de los adultos mayores fueron víctimas de insultos y el 14,9%, víctima de negligencia y abandono (Delgado, 2019).

De igual manera, otros estudios realizados, afirman que la soledad y la depresión en los adultos mayores que se sienten abandonados, son consecuencias que se relacionan con enfermedades crónicas, con la edad, con el tiempo convivencia, con

la satisfacción, con la vida, con la percepción del estado de salud, con el ánimo y el apoyo social (Soledad 2017).

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y Enfermedades Crónicas No Transmisibles en una persona mayor puede empeorar esta última. En este contexto, Sequeira Daza (2016) menciona que la soledad y la depresión se relacionan con enfermedades crónicas, la edad, el tiempo de convivencia, la satisfacción con la vida, la percepción del estado de salud, el ánimo y el apoyo social.

Como consecuencia del abandono, los adultos mayores presentan depresión la cual se manifiesta en un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial, la diabetes, este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud. En nuestro país, la ley del anciano garantiza el derecho a un nivel de vida donde se asegura su salud corporal y psicológica, sin embargo, dicho escenario es muy alejado de la realidad en el que el adulto mayor vive. (Daiza, 2016).

En el año de 2020, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) aprobó el cambio en algunos aspectos de la ley para que así las personas de la tercera edad se vean protegidas por la misma. Dentro de dicho cambio se estableció el Artículo 158, el cual expone que las personas que abandonen a un adulto mayor o con discapacidad del cual tengan la responsabilidad de cuidarlo, deberán pagar hasta con tres años de cárcel.

Por otra parte, también serán castigadas aquellas personas que se encarguen de discriminar a los ancianos, además de impedirles su participación en la sociedad,

explotarlos, robarles sus bienes, violar sus derechos o a los que pongan en riesgo la vida de los mismos.

INAPAM– Es el instituto encargado de velar por los derechos de los adultos mayores. El mismo cuenta con servicios de residencias y albergues donde el adulto mayor puede ser acogido si es víctima de abuso o maltrato, o en el peor de los casos, de abandono.

Procuraduría General de Justicia-Este organismo estatal posee el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar donde se puede denunciar cualquier caso de maltrato, abuso o abandono de un adulto mayor.

Esta comisión posee programas de atención a víctimas de delito, en donde se puede pedir ayuda en caso de abandono o ser víctima de algún delito o maltrato, sin indiferencia de edad, sexo o condición socioeconómica. (Comisión Nacional de los Derechos Humanos 2020).

Por lo antes expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor hospitalizado en la clínica del ISSSTE de Iguala Guerrero?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar las causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor. En la clínica del ISSSTE.

1.3.2. Objetivos específicos.

- Caracterizar a la población de estudio según: edad, sexo, residencia, estado civil, tiempo de estancia y la frecuencia de visitas.
- Identificar las causas que influyen para en el abandono del adulto mayor. En la clínica del ISSSTE.
- Describir las consecuencias psicológicas del abandono en el adulto mayor.

II REVISION DE LA LITERATURA

2.1. Definición.

Se define como la falta de atención y cuidados de los familiares y de la sociedad, cuyas repercusiones afectan en gran medida los aspectos biológicos, psicológico y emocional de las personas en edad avanzada (Ramírez, 2019).

La OMS define al abandono, descuido u omisión en la realización determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de otra por la cual se tiene obligación moral.

2.2. Antecedentes.

El envejecimiento conlleva a, cambios fisiológicos, biológicos y las condiciones socioeconómicas deficientes. El cuidado del Adulto Mayor demanda tiempo, recursos económicos y humanos, ello ha hecho que las familias no asuman su cuidado y opten por abandonarlos. (Zambrano, 2019).

Pese a no tener una filosofía hospitalaria debidamente definida, existen dos figuras católicas que dedicaron su vida al cuidado de los adultos mayores tanto emocionalmente como físicamente y son: San Vicente de Paúl (1576-1660) y Luisa de Marillac (1591-1660)

En la actualidad la geriatría ha evolucionado desde las viejas estructuras hasta lo que es actualmente. La Geriatría después de ser reconocida como una especialidad médica en 1978 ha recibido más atención de los Servicios Sociales, conjugando la teoría y la práctica que los propios de la Medicina (Ramírez, 2019).

Actualmente la asistencia geriátrica se compone de un grupo multidisciplinario que se lleva a cabo niveles de atención, proporcionando cuidados a las personas mayores de acuerdo a sus necesidades tanto sanitarias como sociales, tales como: atención primaria en salud, atención especializada y servicios sociales comunitarios (Rosas, 2020).

2.3. Población adulta mayor, situación mundial.

Los cambios demográficos, impactados por factores como la industrialización, descubrimientos médicos, mejoramiento de las condiciones de vida, intervenciones de salud en la niñez dirigidos a reducir la mortalidad infantil y como consecuencia el aumento de la esperanza de vida, muestran un incremento creciente del grupo de población adulta mayor- población de 60 años y más (Zambrano, 2019).

Con el crecimiento acelerado de la población adulta mayor los países en vías de desarrollo no podrán asegurar la oportunidad de brindar una buena salud para que la vida de las personas mayores sea no solo más larga, sino mejor, a menos que los sistemas de salud y los sistemas sociales estén preparados adecuadamente, siendo capaces de responder a nuevas y mayores demandas de estos grupos de

población, será difícil afrontar los retos sociales y de salud que exige una población adulta mayor (García, 2020).

2.3.1. El proceso de envejecer

Cuando la persona se convierte en adulto mayor, sufre un proceso complejo, lento, progresivo, heterogéneo e irreversible donde factores físicos, psicológicos y sociales se modifican.

2.3.2. Cambios físicos: Se produce una disminución de la capacidad funcional.

Los principales cambios que pueden observarse son:

- Cambios en la composición corporal: disminución de masa muscular y ósea (la masa ósea pierde 20% en adultos mayores) y aumento del tejido adiposo.
- El peso corporal disminuye en uno a dos kilos por década a partir de la cuarta década. La talla se reduce de uno a dos centímetros por cada década también a partir de los 40 años.
- Disminución del agua corporal a expensas del líquido intracelular (en un joven el agua representa aproximadamente el 60% del peso corporal, mientras que en los adultos mayores pasa a ser el 50%, produciéndose un estado de deshidratación latente.
- Distrofia del tejido conectivo
- Disminución de la elasticidad de los tejidos
- Acumulación de los pigmentos, lípidos y calcio
- Disminución de la capacidad de homeostasis interna (equilibrio, hidroelectrolítico, temperatura, frecuencia cardíaca, presión arterial)

2.3.3. Cambios psíquicos.

Se produce una pérdida de la capacidad para resolver problemas, así como una falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. Se producen alteraciones en la memoria, y suele haber episodios de amnesia focalizada en el tiempo. La capacidad de adaptación puede estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas. (García 2020).

Estas modificaciones pueden manifestarse en diversos aspectos como son en las funciones cognitivas;

- Memoria: La pérdida de memoria es asociada a la edad. Las modificaciones respecto a la memoria pueden estar ligadas a la motivación. Factores que intervienen en esta evocación son: la pérdida de interés en el presente, la lentitud en la evocación (lentitud de reacción frente a estímulos recibidos). A medida que se envejece disminuye la capacidad para distinguir entre recuerdos percibidos y generados y aumenta la probabilidad de cometer errores de confusión.
- Resolución de problemas: Las personas de la tercera edad presentan cierta dificultad para utilizar estrategias nuevas. El pensamiento se hace más concreto que abstracto, existe una mayor prudencia e incluso dificultad ante la toma de decisiones, mayor rigidez en la organización del pensamiento y cierta dificultad para discriminar la información.
- Creatividad: Es importante tener presente que la creatividad depende de la experiencia y de la propia motivación, del entorno, la salud, el estilo de vida y la energía que tiene el Adulto Mayor. La creatividad relacionada con las

humanidades se conserva; la relacionada con las ciencias disminuye relativamente.

- **Reacción a Estímulos:** A medida que se envejece se observa la disminución de los reflejos frente a ciertos estímulos, también tienen una cierta dificultad en transformar los estímulos verbales en imágenes mentales (dificultad de comprensión) y un enlentecimiento de la respuesta ante estos estímulos percibidos. (García 2020).
- **Lenguaje:** La preservación del lenguaje nos indica que el proceso de envejecimiento es normal.
- **En la afectividad:** Se puede relacionar con tres aspectos:

Emociones: Pueden darse ciertos sentimientos de inutilidad o de impotencia ante determinadas situaciones especialmente de pérdida (familiares, amigos, trabajo, salud).

Motivaciones: La motivación está muy ligada a la capacidad de mantener actividades satisfactorias (impulso-estímulo), de ocupar el tiempo, así como a la influencia del entorno.

Personalidad: La mayoría de estudios afirman que la personalidad se mantiene estable a lo largo de la vida. Las modificaciones más evidentes estarían ligadas a situaciones adaptativas relacionadas con la personalidad previa del individuo. Los factores que pueden influir son: salud física y mental, antecedentes (actitudes desarrolladas a lo largo de la vida), pertenencia a un grupo, identidad social (interés y rol), interacciones familiares actuales y pasadas, situaciones de vida, jubilación madurez emocional y sobre todo la capacidad de resiliencia. (García 2020).

2.3.4 Cambios sociales:

La sociedad actual asigna a cada grupo de edad un rol específico, tales como: Rol individual. Al envejecer, se hacen mucho más evidentes las pérdidas (facultades físicas, afectivas, psíquicas, económicas, de rol), en especial las afectivas, que pueden ser afectadas por la muerte de su cónyuge o amigos, esto genera una gran tensión emocional y un sentimiento de soledad que en ocasiones resulta difícil de superar. En este periodo de la vejez el rol del adulto mayor tiene dos etapas (Delgado, 2019).

El adulto mayor es independiente, ayuda a los hijos y actúa de cuidador de los nietos y en algunas actividades, aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten y la familia se enfrenta a la dificultad de analizar qué opción existe y puede utilizar para dar cobertura a las necesidades que el adulto mayor presenta (desde cuidado familiar hasta ingreso del adulto mayor a centros y residencias geriátricas). Todos estos últimos cambios se han dado por modificaciones en la estructura familiar como: inclusión de la mujer en lo laboral, separaciones familiares, transiciones y migraciones. En los últimos años se ha visto que los nietos cuidan a sus abuelos conviviendo en el mismo núcleo familiar del adulto mayor (Delgado, 2019).

Rol en la comunidad: En la actualidad la sociedad valora a un individuo activo, capaz de dedicar horas al trabajo y poco tiempo a su familia, el adulto mayor pasa a segundo plano siendo una persona inactiva, encasillándole al adulto mayor como un ente que no brinda aportes importantes para esta sociedad, de allí el distanciamiento generacional entre abuelos, hijos y padres (Delgado, 2019).

Rol laboral. La gran modificación que se produce en el rol laboral es la de la jubilación del individuo. La adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientado entorno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al abandonar el ambiente laboral, los recursos económicos son menores y el exceso

del tiempo libre genera la angustia que produce el no realizar actividad (Delgado, 2019).

En la senectud se da una “transición de status o cambios importantes de roles y de posición social. No obstante, la transición de status a la vejez es distinta. La transición a la jubilación, viudez o a una salud deteriorada puede disminuir la vejez, responsabilidad y autonomía” (Reyes, 2019)

2.4. El adulto mayor y la familia.

La tercera edad es afectada en un principio por el abandono de sus actividades diarias, contacto social; resultado de su jubilación. El Adulto Mayor pasa de ser un protagonista activo de la sociedad a un antagonista de la misma, su nuevo rol se enfoca a su núcleo familiar, donde se establecen e intensifican vínculos afectivos. La familia como red social de apoyo acrecienta su importancia con el envejecimiento, donde pierden la mayoría de sus relaciones sociales. La familia se le califica como el mejor recurso de apoyo, ya que se vuelve proveedora principal de cuidados y fuente de sostén emocional para el adulto mayor. Además, es el área de vida del adulto mayor más importante para él, junto con la salud y la economía (Cano, 2020).

El proceso de abandono del adulto mayor por parte de su familia, inicia con el rompimiento de la comunicación dentro del núcleo familiar, los sentimientos pasan a un plano irrelevante y se produce el aislamiento que puede llevar en muchos casos hasta el margen del olvido.

Resultado de esta ruptura el Adulto Mayor sufre cambios en sus emociones, volviéndose personas sensibles que se ven afectadas por cualquier tipo de situación y/o problemas que hacen que caigan en cuadros depresivos que en consecuencia

afectan su salud, su percepción de los estímulos y sensaciones. Esto a su vez provoca un mayor aislamiento en perjuicio de sí mismo. La soledad que afecta al adulto mayor se ve reflejada muchas veces en el desear la muerte, para no ser carga de nadie y también para no ser una molestia. Anímicamente decaen siendo vulnerables a cualquier cosa que los pudiese afectar (Cano, 2020).

2.5. Derechos del adulto mayor.

Las personas de 60 años y más son titulares de los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de los ordenamientos jurídicos que de ella se derivan.

El Estado mexicano como autoridad garante de los mismos, debe generar mecanismos que garanticen que planes, programas, políticas públicas y cualquier trabajo que se realice para el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas adultas mayores, atiendan a los principios rectores que de manera enunciativa y no limitativa se mencionan:

2.5.1. Igualdad de oportunidades

Las personas adultas mayores sin importar su lugar de origen, género, edad, discapacidad, condición social o de salud, religión, preferencias, estado civil, tienen derecho a toda oportunidad de formación y realización, así como a la alimentación, el agua, la vivienda, vestido, atención sanitaria, oportunidad de un trabajo remunerado, educación y capacitación, a vivir en un entorno seguro y adaptado a sus necesidades, que privilegie su integridad física, su salud y su vida.

Participación: Las personas adultas mayores tienen derecho a la participación activa en la aplicación de las políticas que incidan directamente en su bienestar, a compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes y a formar movimientos o asociaciones.

Cuidados: Las personas adultas mayores tienen derecho a beneficiarse de los cuidados de su familia, a tener acceso a servicios sanitarios y a disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares y en instituciones donde se les brinden cuidados y tratamiento.

Autorrealización: Las personas adultas mayores tienen derecho a aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, mediante el acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales, recreativos y a la participación política.

Dignidad: Las personas adultas mayores tienen derecho a vivir con seguridad, ser libres de cualquier forma de explotación, maltrato físico o mental y recibir un trato digno.

Acceso a la justicia: Las personas adultas mayores tienen derecho a ser oídas, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable por un Juez o Tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ellas, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter.

Se garantizará la debida diligencia y el tratamiento preferencial a las personas adultas mayores para la tramitación, resolución y ejecución de las decisiones en procesos administrativos y judiciales. La actuación judicial deberá ser particularmente expedita en casos en que se encuentre en riesgo la salud o la vida de la persona mayor.

Enfoque de Derechos y calidad de vida: Toda acción a favor de las personas adultas mayores representa un cambio estructural en el diseño de la política pública de vejez, con una visión integral de las condiciones que propicien su desarrollo humano.

Enfoque de ciclo de vida y visión prospectiva: El envejecimiento es un proceso involutivo que ocurre durante toda la vida y que requiere valorar los efectos de las acciones que se realizaron en etapas anteriores de la vida y elaborar alternativas que consideren escenarios futuros para la población. (Williams, 2019)

En México a partir del año 2013 se da la prioridad de construir la Agenda de igualdad para Adultos Mayores, donde se presentan propuestas de estrategias que abarcan el mejoramiento de su calidad de vida. Todo lo anteriormente nombrado ha tomado en cuenta que el envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a quienes lo viven, sino a la población en su conjunto.

La Propuesta de la Política Pública impulsa como valor supremo, el respeto a la vida y a la dignidad inherente a toda persona y, por tanto, a los derechos que de ellos se desprenden. Por ello se atenderá al fortalecimiento de las relaciones familiares para que el cuidado del adulto mayor sea asumido por sus hijos/as, nietos/as, en fin, su familia. Por tanto, la Agenda de la política para personas adultas mayores procurará que ellas mismas, las instituciones, organizaciones, familia y el entorno social en general, apoyen y defiendan su integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual (Zambrano Agustín 2016).

En respuesta a ello, las diferentes instituciones gubernamentales, generan leyes de protección para este grupo población, entre las que destacan:

2.5.2. Ley del anciano.

Esta tiene como objetivo primordial garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

2.5.3. Ley Orgánica de Seguridad Social.

Su objetivo es cubrir las necesidades básicas del asegurado y las personas a su cargo, cuando su competencia para el trabajo se encuentra disminuida por envejecimiento, derecho garantizado tanto en la Constitución, como en la Ley de Seguridad Social. Entre las prestaciones que se brindan están: pensión por vejez, subsidio transitorio por incapacidad parcial, pensión por montepío por viudez, subsidio para auxilio de funerales y pensión asistencial por vejez, financiada por el estado.

2.5.4. Ley Orgánica de Salud:

Según la normativa, el Estado reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas raras y huérfanas; la Autoridad Sanitaria Nacional implementará las acciones necesarias para la atención en salud de los enfermos que las padezcan “con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida”; garantizará la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación. Las personas que sufran estas enfermedades serán consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad. Este proceso beneficiará a los adultos mayores que sean diagnosticados de cualquiera de estas enfermedades (Revista en salud 2019).

2.6. Factores asociados al bienestar del adulto mayor.

El adulto mayor por los cambios ya mencionados está en una condición de vulnerabilidad al que no están expuestos otros grupos poblacionales, además puede desarrollar patologías propias de su condición y sufrir cambios en la estructura familiar, exponiéndolos al abandono y por ende vivir las consecuencias del mismo (Williams 2019)

Vulnerabilidad: Definida como la desprotección de un grupo cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación

a sus derechos por no contar con recursos personales, sociales y legales ciertos problemas de los adultos mayores como: pérdida de energía, menor tolerancia a la actividad física, limitaciones funcionales y percepción sensorial disminuida, pueden aumentar su vulnerabilidad. Habitualmente un adulto mayor puede presentar vulnerabilidad al medio interno y/o externo, producida en gran parte por la pérdida normal de la reserva fisiológica, así un adulto mayor puede llegar a estar vulnerable por sólo una causa médica, pero también puede sufrirla y no necesariamente debe estar presente alguna enfermedad, sino ser secundaria a factores sociales (soledad, pobreza, tipo de vivienda, educación, etc.) o por razones farmacológicas (dosis y tipos de fármacos que usan) y psicológicas (Reyes, 2020).

Enfermedades crónicas: El adulto mayor se enfrenta a enfermedades crónicas como: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Cáncer, Osteoporosis, Artritis Reumatoide, Enfermedades Cardiovasculares como: Las dislipemias, y enfermedad Cerebro Vascular, todas son de larga duración y de progresión lenta y son la causa de su mortalidad y discapacidad.

Grado de dependencia e independencia: El adulto mayor sufre una serie de cambios asociados con su propia funcionalidad para realizar actividades básicas diarias, lo que le conduce a diversas formas de discapacidad y dependencia por la dificultad de la movilidad, funciones sensoriales, disminución de la fuerza y la capacidad de equilibrio. Lo que conlleva a que necesite la asistencia de un tercero, ocasionando sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia. Para valorar la capacidad de dependencia, una escala útil es la del índice de Barthel, que contempla 10 actividades básicas diarias como: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/cama, deambulación y escaleras. (González 2019)

Abandono: Entendido este como: “el descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno, o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral, puede ser intencionada o no intencionada” (Aplicando este concepto se puede discernir que muchos geriátricos por las condiciones mencionadas, están abandonados/as) (Delgado 2019).

2.6.1 Tipos de abandono

Abandono Total: Este tipo de abandono consiste, en que los adultos mayores no tienen quien los cuide y cubra sus necesidades básicas, viéndose obligados a depender de la sociedad.

Abandono Parcial: El abandono parcial, es más notorio en las familias que tienen las posibilidades de pagar un hogar privado, donde aportan una pensión y el Adulto Mayor, queda prácticamente internado en dicho lugar, y la relación entre la familia y el Adulto Mayor se ve cada vez más alejado, porque en su mayoría los familiares lo visitarían ocasionalmente, sintiéndose el adulto mayor cada día más solo. En el caso de las familias con recursos económicos bajos, recurren a la ayuda de hogares públicos, con el propósito de albergar a sus adultos mayores.

Abandono Físico: Este tipo de abandono, se puede ver en los familiares que sólo se dedican a pagar la mensualidad correspondiente, en un hogar privado olvidándose completamente que tienen que visitar al adulto mayor, desatendiéndolo físicamente. En las familias de escasos recursos, los adultos mayores son totalmente abandonados, dando margen a que existan personas adultas mayores indigentes.

Psicológica: actualmente sostiene que todas las conductas, sean normales o perturbadoras, tienen como base la interacción de factores como genéticos, fisiológicos y ambientales (experiencias pasadas y presentes).

Durante la tercera edad, el Adulto Mayor enfrenta un sinnúmero de estados psicológicos, resultado de la combinación de aspectos físicos, psíquicos y sociales, más aún si enfrenta aspectos adversos como el abandono. De ahí que la presencia de alteraciones anímicas que se encasillan en patologías psíquicas como la ansiedad y la depresión. (Reyes M 2017).

2.7. Causas del abandono.

Una causa es un motivo o razón para obrar cada acción del hombre de manera determinada, teniendo en cuenta que el adulto mayor ya no posee una vida laboral útil y comience a generar gastos y molestias en la familia, situación que causa, agotamiento, desinterés y tensión por parte de sus hijas/os, según la bibliografía y artículos analizados las causas que influyen para que se dé el abandono están: edad, sexo, residencia, estado civil.

Edad: Debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales a mayor edad, hay mayor dependencia y por ende necesidad de cuidados más complejos, es así que los adultos que se encuentran en las unidades médicas (ISSSTE), las instancias hospitalarias van desde un mes con un porcentaje de 39%, en segundo lugar, lo ocupan el 23%, y tercer lugar con dos meses en un 20%. Según las autoras Fuentes y Contreras (2013), en su investigación acerca de los factores que influyen en la presencia de depresión en las personas de la tercera edad, encontraron que el 76% de los adultos mayores, con una edad comprendida entre 60 a 90 años, presentan depresión (Reyes,2020).

Sexo: El ser mujer es menos vulnerable a que se encuentre abandonada debido a que la misma, desempeña diversos roles en el hogar y en la familia a diferencia del sexo masculino. Por otra parte, se considera al género femenino con mayor tendencia a presentar cuadros de ansiedad. Sin embargo, el estudio, realizado en el issste con 80 adultos mayores, no encontraron que la variable “sexo” tenga una incidencia significativa en el padecimiento de síndrome de abandono (Carlos cano Gutiérrez 2017).

Residencia: El residir en el área urbana, predispone a los Adultos Mayores al abandono, debido a la exigencia laboral y social en cuanto a la demanda de tiempo, mientras que en el área rural realizan diferentes actividades, sin embargo, son menos dependientes y predispuestos al abandono. Según los autores Hernández, Palacios y Cajas (2011) al investigar los factores que influyen en el síndrome de abandono, no encontraron diferencias significativas en los resultados al evaluar adultos mayores provenientes de zonas urbanas o rurales (Carlos cano Gutiérrez 2017).

Estado Civil. El ser soltero, viudo y divorciado, hace que el Adulto Mayor sea vulnerable a maltratos, manejo y decisiones de terceros, a diferencia de los casados, son menos vulnerables al abandono.

Condición socioeconómica. El disponer de un ingreso económico que es a través de la pensión y jubilación hace que la familia este de alguna manera con el adulto enfermo, esto no quiere decir que el adulto sea de alguna manera abandonado, esto es porque el adulto es soltero, viudo y divorciado y se hace acompañar de familiares lejanos que puede abastecer sus necesidades y cuidados, (Hernández, Palacios y Cajas 2017)

Relación intrafamiliar: La familia, núcleo de la sociedad ha cambiado; así, en la actualidad debido a las necesidades económicas y sociales el cuidado de los adultos mayores queda en manos de terceros. Este hecho se justifica en la dependencia física y psicológica que crea el adulto mayor durante su estancia hospitalaria, influye en el estado emocional de los adultos mayores, presentando depresión, tristeza, frustración e irritabilidad.

Condición Física: Al transcurrir y al pasar de los años el adulto mayor se va deteriorando progresivamente adquiriendo en sí un grado de dependencia parcial o total el cual necesita el cuidado directo de otra persona para desenvolverse en sus diferentes actividades. En este contexto, Sequeira (2011) afirma que el uso de bastón para la deambulaci3n y tener alguna fractura osteopor3tica, son factores que influyen en sentirse abandonados o solos por parte de los adultos mayores (Sequeira (2011)

Condiciones Biol3gicas: Debido a que los adultos mayores adquieren enfermedades que limita el desenvolvimiento para realizar las actividades u otras obligaciones dentro del ambiente familiar y social, esto hace que el Adulto Mayor presente enfermedades cr3nicas degenerativas las mismas que pueden llegar a tener consecuencias.

El s3ndrome de abandono en los adultos mayores, concluyeron que la ausencia de conocimientos de la familia sobre la atenci3n y cuidados requeridos para el Adulto Mayor, constituye un factor de riesgo para el abandono de personas por su edad y condiciones de salud. (Hern3ndez, 2020)

Adem3s, se3alan que los factores biol3gicos que predisponen a una persona de la tercera edad al abandono son: estar entre los 80 y 89 a3os de edad, padecer

Hipertensión Arterial y/o Alzheimer Por otra parte, Sequeira (2019) en su investigación realizada para determinar factores de riesgo que inciden en sentirse en soledad en las personas de la tercera edad, encontró que los adultos mayores que perciben su salud como mala o muy mala, se sienten más solas que aquellas que tienen una percepción positiva de su salud (Ramírez, 2019).

2.7.1 Consecuencias del abandono.

Se define como consecuencia un hecho o acontecimiento derivado que resulta inevitable o forzosamente de otro. El adulto mayor al ser abandonado pierde el vínculo familiar- social, donde su ambiente se torna regulado y formalizado.

Según Cabezas (2020) en su investigación, “Eficacia del psicoballet aplicado como terapia grupal en la mejoría de la autonomía personal de los adultos mayores” la hospitalización genera un grado de dependencia debido a sentimientos de soledad, mostrándose apáticos, poco participativos y factores de riesgo como: sedentarismo, aislamiento lo que puede generar discapacidad y dependencia de mayor agudeza según el mismo autor, las consecuencias que presenta el adulto mayor al ser abandonado son: (Abizanda, 2019):

Enfermedades Biológicas: El proceso fisiológico del envejecimiento presenta una serie de enfermedades (Desnutrición, Diabetes, Hipertensión, Alzheimer, ECV) que pueden desarrollarse como presentar complicaciones durante su permanencia. Esta población es vulnerable ya que su sistema inmunológico cambia constantemente.

Deterioro Físico: El mantenimiento de la capacidad funcional es importante para el adulto mayor para verse libre de enfermedad, dada por la habilidad de realizar de manera independiente actividades de la vida diaria. El deterioro de la salud puede

disminuirse debido a algún trastorno o enfermedad crónica o lesión que limita las aptitudes físicas y mentales.

Trastornos Psicológicos: La permanencia del adulto mayor en el centro gerontológico afecta las emociones y genera sentimientos de frustración. Además, presenta sensación de abandono y soledad, por lo que experimenta cambios en su adaptación. La soledad se ve reflejada por la pérdida del vínculo social entre los que lo rodean, presentando sentimientos de depresión, angustia, ansiedad llegando incluso algunas veces a presentar psicopatologías tales como psicosis o neurosis agudas (Abizanda 2019).

Exclusión social: El Adulto Mayor es considerado como un ser social, presentando problemas que afectan directamente sus emociones, salud, y principalmente la comunicación viéndose interrumpido la relación con otros sistemas externos (barrio, trabajo). La familia se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y las relaciones afectivas, al ser institucionalizado se rompe los lazos afectivos dentro de la familia sociedad. Según Delgado (2019), el abandono del adulto mayor provoca un deterioro en las conductas sociales, ya que el abandono familiar impacta de forma muy intensa provocando en un 80% un nivel de desadaptación grave de conductas sociales.

El abandono atenta contra los derechos del adulto mayor y lo predispone a riesgos biopsicosociales. Los cambios en su psicología que trae una situación de abandono, es a menudo una crisis de desgaste, desánimo y desilusión, por la experiencia que vive el adulto mayor al verse, de pronto, no aceptado, abandonado y en casos extremos olvidados. Si estas pérdidas que afectan al adulto mayor, no se compensan mediante un buen manejo del campo afectivo, emocional, intelectual (Inteligencia Emocional), el adulto mayor será invadido de sentimientos negativos, que afectan su autoestima, especialmente en las mujeres. (Avizanda, 2019).

2.8. Ansiedad

La ansiedad representa un estado emocional de malestar y aprensión, con síntomas subjetivos y objetivos derivados de la hiperactividad de la función del sistema no adrenérgico, que puede desencadenarse ante una amenaza potencial, real o imaginaria, hacia la integridad física o psíquica del individuo. La misma vendría a representar una reacción de adaptación y de hiper alerta. En los adultos mayores resulta en la mayoría de veces difíciles de tratar puesto que se enmascaran en distintas somatizaciones o bien puede ir asociada a síntomas afectivos a los que se da más importancia.

Este estado emocional se considera patológico cuando interfiere en la capacidad adaptativa e impide llevar adelante las tareas cotidianas, produce sentimientos de inseguridad y de devaluación personal, dificultando el proceso de relación y de adaptación al medio. Los niveles de ansiedad que puede experimentar una persona pueden ir desde la intranquilidad hasta los estados de pánico. En ese tipo de trastornos el curso suele ser lineal y progresivamente incapacitante al ir fallando los mecanismos adaptativos. La ansiedad en personas que la padecen, se manifiesta mediante síntomas físicos y psíquicos:(Ferreira, 2019)

2.8.1 Manifestaciones Psíquicas

- Sentimiento de temor. Provoca una actitud de alerta, como queriendo anticiparse a un peligro. Sensación de tensión. El sujeto se encuentra nervioso, inquieto, continuamente preocupado y es incapaz de relajarse.

- Alteraciones cognitivas. Debido al elevado estado de activación, disminuye la atención y aparece distraibilidad, dificultad para concentrarse y tendencia a la fatiga intelectual, por lo que la memoria también puede verse afectada.
- Alteraciones de sueño. Retraso de conciliación, interrupciones por despertares y pesadillas, cansancio o sensación de sueño no reparador.
- Alteraciones del comportamiento. El sujeto ansioso se vuelve malhumorado, irritable y adopta una actitud hipervigilante

2.8.2 Manifestaciones Físicas

- La ansiedad puede provocar síntomas en todos los órganos y sistemas del organismo; Síntomas cardiocirculatorios: palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, dolor precordial, sensación de paro cardíaco.
- Síntomas gastrointestinales: dolor en el estómago, espasmos faríngeos, náuseas, vómitos, meteorismo, diarrea o estreñimiento, alteraciones del apetito.
- Síntomas respiratorios: apnea, paro respiratorio, suspiros, accesos de tos nerviosa. Es frecuente la hiperventilación que puede provocar síntomas secundarios a la alcalosis respiratoria derivada.
- Síntomas genitourinarios: micción imperiosa, nicturia, polaquiuria, disuria.
- Síntomas neurológicos: mareos, vértigos, cefalea, inestabilidad, temblor, entumecimiento, parestesias

En los adultos mayores los cuadros de ansiedad se deben a estímulos negativos que provocan una respuesta biológica y psicológica, ya que la disminución de su capacidad de adaptación favorece la presencia de estos trastornos, sobre todo después de acontecimientos traumáticos. En este sentido, Hermida y Stefani (2011) afirman que eventos como la jubilación resulta un factor psicosocial negativo para

el adulto mayor, pudiendo contribuir en el desarrollo de algún trastorno psicofisiológico (Williams 2020).

Se trata de un trastorno psicoemocional, cuando se experimenta como una cognición, una valoración llena de dudas respecto de la propia seguridad o de la capacidad social. La ansiedad es un mecanismo natural de alerta y adaptación al medio que en general ayuda a afrontar las situaciones que se nos presentan en la vida (El estado de desasosiego y temor es una respuesta a las pérdidas futuras). Cabe resaltar la diferencia que existe entre una situación de miedo y una respuesta ansiosa. En el caso del miedo existe un objeto real que se configura como amenazante y que justifica la puesta en alerta del organismo, los mismos que permitan defenderse de una agresión como: taquicardia, sudoración, temblor y todo un sistema alerta. En el caso de la ansiedad no existe peligro real que permita entender este gasto de energía. La valoración de amenaza que realiza el individuo depende de cogniciones que le hacen catalogar la situación como peligrosa. (Williams 2020).

2.9. La depresión.

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Williams 2020).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en México (2014), considera que una persona que atraviesa un trastorno depresivo manifiesta aspectos

observacionales poco específicos, entre los cuales se encuentra el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para discernir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia, gravedad, y el grado de deterioro funcional y social (Williams 2020).

Las características que se presentan en un adulto mayor con depresión pueden ser algo evidente, tales como pérdidas de peso, insomnio, ideas delirantes en los más graves cuadros psicóticos. Sin embargo, puede ser la antesala a una enfermedad somática (enfermedad de Parkinson, hipotiroidismo, hipertiroidismo, etc.). Además, la depresión se puede inducir por el uso de fármacos y puede presentar deterioro cognitivo, es decir, un menor rendimiento intelectual (González, 2019).

En México, se hizo una investigación en el centro geriátrico en el adulto en Plenitud con el fin de determinar la presencia de depresión y su nivel de intensidad en el Adulto Mayor Institucionalizado, encontrando que el 50% de los adultos mayores presentan depresión, de dicho porcentaje obtuvieron depresión leve el 25,0%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12,5% de las personas adultas mayores; concluyendo que factores asociados como: la pérdida de roles, estado de dependencia, falta de redes de apoyo emocional, esquemas disfuncionales y procesos de duelos no resueltos favorecen a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores. Un segundo estudio, realizado en México con adultos mayores hospitalizados encontraron que el 54% de las personas de la tercera edad hospitalizados encuestadas, no registraron ningún grado de síntomas de depresión; el 37% presentó síntomas depresivos moderados y el 8.7% los registraron de forma severa la depresión (González, 2019).

2.9.1. Factores asociados a la depresión en adultos mayores

La depresión es un proceso multifactorial y complejo, frecuentemente nos encontramos con la presencia simultánea de diferentes factores de riesgo de depresión en el Adulto Mayor. (González, 2019).

En las últimas décadas, se han puesto de manifiesto determinados factores sociodemográficos en el desarrollo de trastornos depresivos en población general, tal es el caso de la condición femenina, que pertenecía a clases sociales más desfavorecidas, el estado civil, disponer de una historia familiar de depresión; o la muerte temprana de una figura parenteral. Así pues, la prevalencia diferencial de la depresión según el sexo, parece verse atenuada en el caso de los adultos mayores, y más concretamente entre personas de edad avanzada. El proceso de envejecimiento, trae consigo cambios relacionados con modificaciones en la esfera personal (reducción de ciertas capacidades), familiar (abandono del hogar por parte de los hijos, pérdidas de personas significativas, etc.), social (jubilación, pérdida de contactos sociales, pérdida de poder adquisitivo, etc. (González, 2019).

Todo lo anteriormente señalado, tanto en la parte inicial de esta investigación como lo del párrafo final, exige al adulto mayor un esfuerzo de adaptarse al ambiente hospitalario, y vencer sus miedos y temores, ya que sus instancias hospitalarias van desde los 15 días, un mes y dos meses, esto les genera trastornos emocionales de angustia.

III. METODOLOGIA.

3.1. Diseño metodológico

La investigación fue de tipo, cuantitativa y cualitativa, porque tiene como objetivo analizar y determinar las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor durante su estancia hospitalaria y cuantitativo porque los resultados se presentan en datos numéricos, la investigación se llevó a cabo en la clínica del ISSSTE de Iguala Guerrero.

3.2 Universo y muestra

El universo de trabajo está conformado por 80 adultos mayores hospitalizados en la clínica del ISSSTE de Iguala Guerrero los cuales se encontraban hospitalizados en el servicio de hospitalización, y estos fueron encuestados en los diferentes turnos, tuvo una duración de 6 meses comenzando del mes de octubre del año 2021, y concluyendo en abril del 2022, a las cuales se les aplicó un cuestionario conformado por 15 preguntas el cual está estructurado con preguntas cerradas y abiertas esto es con la finalidad de saber las causas y consecuencias del abandono hospitalario.

3.3. Criterios de selección

Se considera dentro de este estudio a los adultos mayores que fueron hospitalizados por diferentes causas asociadas a su edad, y que aceptaron participar en la investigación

3.4. Criterios de exclusión

Se excluye de este estudio aquellos adultos mayores que no desearon participar en la investigación

3.5. Material y método

El cuestionario aplicado para el levantamiento de la información fue la encuesta, la misma que dirigió a los adultos mayores, con la finalidad de determinar las causas y consecuencias del abandono hospitalario del adulto mayor, se aplica una entrevista semi estructurada a profundidad que fue dirigida a la población ya mencionada, también aplicando, las escalas de Barthel, escala de Hamilton, y escala de yasavage Para la recolección de información se diseñó preguntas guías sobre los temas a tratar durante la entrevista.

3.6. Variables

Las variables a considerar son: Edad, sexo, estado civil, residencia, tiempo de estancia hospitalaria, número de visitas, motivo de ingreso; causas del abandono: relación familiar, ingresos económicos, grado de dependencia, condición biológica; consecuencias del abandono: trastornos psicológicos (ansiedad, depresión).

3.7. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio	Tiempo	Años cumplidos	65-69 años 70-74 años 75-79 años ≥ 80
Sexo	Característica fenotípica que diferencia a machos de hembras de la especie humana	Fenotipo	Masculino Femenino	Masculino Femenino
Estado civil	Condición legal de una persona en el orden social	Estado legal	Soltero Casado Viudo Divorciado	Soltero Casado Viudo Divorciado
Residencia	Lugar o área geográfica donde residió los últimos 2 meses	Área geográfica	Urbana Rural	Urbana Rural
Tiempo	Período determinado durante el que se realiza una acción o se desarrolla un acontecimiento.	Tiempo de Estancia hospitalaria	Días a meses	< 15 días 1 meses 2 meses
Visitas	Suele tratarse de una acción de cortesía que se concreta yendo a la casa de un familiar o amigo a quien se eche de menos	Frecuencia	Número de visitas al mes	1 a 5 semanal
Ingreso	Entrada de una persona o cosa en un grupo, conjunto o institución.	Ingreso al A la clínica	Razón del ingreso	Enfermedades crónicas Enfermedades propias de la edad

Causas Relación familiar	Grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, que viven juntos por un período indefinido de tiempo	Personas unidas por vínculos de parentesco	Entrevista	Buena Mala Regular
Ingreso económico	Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos.	Cantidad de dinero	Tipo de salario	Pensión del adulto mayor Pensión jubilatoria
Grado de dependencia	Estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia para realizar actividades de la vida diaria.	Autonomía	Escala de Hamilton.	0-20: dependencia total 21-60: dependencia severa 61-90: dependencia moderada 91-99: dependencia
Comorbilidad	Se refiere a enfermedades y / o a diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial	Ef. Crónicas no transmisibles	Diabetes Hipertensión Artritis Artrosis Alzheimer Otras	I SI NO
Consecuencias	Se trata de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción es un mecanismo humano de adaptación al medio.	Escala de Ansiedad	Test de Hamilton	0 – 5 No ansiedad 6-14 Ansiedad menor 14 o más Ansiedad mayor
Ansiedad	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, sentimientos de culpa o falta de autoestima.	Escala de Depresión	Test de Yesavage	0 - 5: Normal 6 - 10: Depresión moderada >10: Depresión Severa

3.8. Métodos, técnicas e instrumentos

Esta investigación es cuantitativa, cualitativa, descriptiva de corte transversal en las que se determinó las causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor, en la clínica del ISSSTE de Iguala Guerrero, las técnicas utilizadas fueron la entrevista y la observación. Se desarrolló una encuesta elaborada por las autoras, previa validación por la clínica del ISSSTE.

- Escala de Barthel
- Escala de Hamilton
- Escala de Yesavage

A continuación, se hace una descripción general de cada uno de los instrumentos aplicados durante la entrevista a los adultos mayores valorados.

Test De Hamilton

El test de Hamilton proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.

Los puntos de corte recomendados son:

No ansiedad:

El paciente no manifiesta muy pocos o ningún síntoma de ansiedad.

Ansiedad leve:

Es aquella ansiedad que presenta episodios moderados o crónicos, de frecuencia e intensidad variable. Aproximadamente un tercio de los pacientes se recuperan y es el género masculino el que generalmente tiene un mejor pronóstico, respecto a las mujeres.

Ansiedad moderada:

Es un tipo de ansiedad que permite que el paciente evidencie la realidad de la situación actual y de lo que está por venir, por tanto, hay una respuesta favorable a procedimientos o sucesos. A nivel orgánico, la ansiedad moderada presenta un incremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria (M. Juan Rodríguez 206).

Ansiedad severa o grave:

Este tipo de ansiedad puede ocasionar trastornos psicomotores o intelectuales, quebranto de la actividad psicológica, y perturbación de la concentración y memoria. Existen evidencias que la ansiedad leve y moderada puede cumplir una función útil y adaptativa. De igual manera, la ansiedad severa o grave en este nivel se caracteriza por la incapacidad de la persona para concentrarse y percibir erróneamente la realidad. A nivel fisiológico, la persona puede presentar taquicardia, dolor de cabeza y/o náuseas.

Índice de Barthel

Este elemento objetivo de evaluación en geriatría fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejorar los niveles de dependencia de los pacientes (M. Juan Rodríguez).

La valoración de las actividades básicas de la vida diaria para realizarlas de forma dependiente o independiente, es realizada a través de la evaluación de 10 actividades tales como:

1. Capacidad de comer
2. Moverse de la silla a la cama y volver
3. Realizar el aseo personal
4. Ir al baño

5. Bañarse
6. Vestirse solo
7. Desplazarse
8. Subir y bajar escaleras
9. Vestirse
10. Mantener el control intestinal y urinario

La puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de respuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. No es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia. Se establece un grado de dependencia según la puntuación obtenida siendo los puntos de corte más frecuentes 60 (entre dependencia moderada y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa). Algunos autores han propuesto el punto de corte en 60 por encima del cual implica independencia. (Hernández, 2019).

Test de Yesavage

Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado. Esta escala está construida específicamente para valorar la depresión en adultos mayores, por lo que, a diferencia de otras escalas, no valora los síntomas somáticos, que son menos importantes en las depresiones geriátricas. Cada ítem puntúa 1 o 0; la puntuación total oscila entre 0 y 15, y el punto de corte se sitúa entre 6 y 9 (Hernández, 2019).

Análisis de los datos

para determinar y conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor, se utilizan métodos matemáticos con la estadística descriptiva para analizar los datos del estudio

Ética de estudio

Para este trabajo se consideraron los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 13, en el que se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación;
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- Las molestias o los riesgos esperados;
- Los beneficios que puedan observarse;

- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- La garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunirse los siguientes requisitos:

- Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la secretaria;
- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar,

imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Para el análisis de los datos se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones éticas: Respeto a las personas; Abarca la totalidad de su ser con sus circunstancias sociales, culturales, económicas, étnicas, ecológicas, etc. El respeto supone atención y valoración de la escala de valores propios del otro, con sus temores, sus expectativas y su proyecto de vida.

El principio de respeto a las personas incorpora dos deberes éticos fundamentales, a saber:

La no-maleficencia: (no causar daño).

Todo ser humano tiene la obligación moral de respetar la vida y la integridad física de las personas, aun en el caso en que éstas autoricen para actuar en contrario.

La autonomía:

Del griego autos: así mismo, y nomos: ley, gobierno. Autonomía es la facultad para gobernarse a sí mismo. Se apoya en el concepto filosófico que considera al ser humano con facultad para auto-gobernarse, ser dueño de sí mismo, capaz de dar sentido y direccionalidad a su vida.

Principio de beneficencia

Beneficencia, viene del latín bene-facere = hacer el bien. Se trata del deber ético de buscar el bien para las personas participantes en una investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones.

Justicia

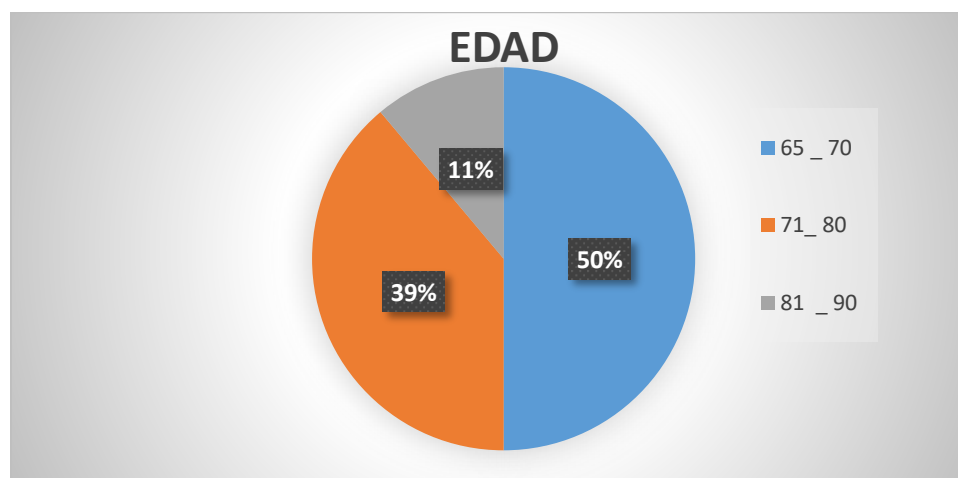
Comprende el uso racional de los recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, que apunta no solo a los ciudadanos necesarios con base en la dignidad de la persona, sino a las obligaciones de una macrobiótica justa de la responsabilidad frente a la vida amenazada.

Búsqueda del bien común

Se refiere a todo aspecto de la vida social para encontrar plenitud de sentido", y consiste genéricamente en la plena realización de la persona, "con" y "para" los demás. Este bien "abarca a todo el hombre, es decir, tanto las exigencias del cuerpo como las del espíritu. Es la simple suma de los bienes particulares de cada sujeto del cuerpo. El bien común es la dimensión social y comunitaria del bien moral.

IV -RESULTADOS Y DISCUSIÓN

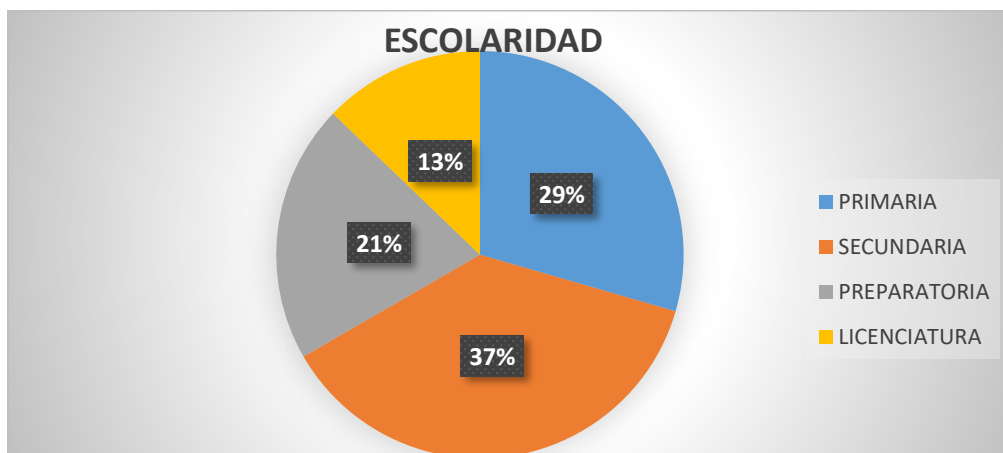
FIGURA.1 EDAD



Fuente: Cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de Iguala. N= 80

En la figura uno se observa que predominan las edades de 65 a 70 años con un 50% en segundo lugar con 39% las edades de 71 a 80 años y en tercer lugar con un 11% las edades de 81 a 90 años.

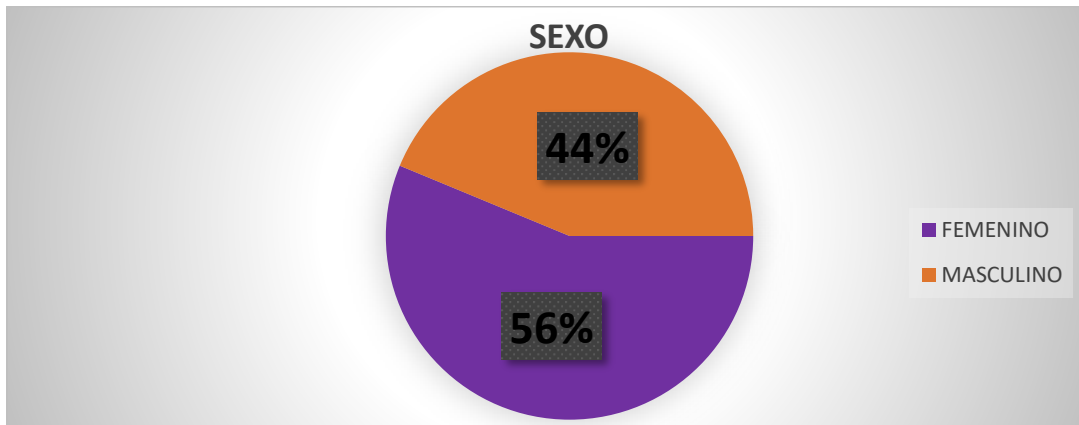
FIGURA 2. ESCOLARIDAD



Fuente: Cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de Iguala. N= 80

En la figura 2 se observa en primer lugar con un porcentaje de 37% nivel secundario, en segundo con un 29% primaria, en tercer lugar, el nivel preparatorio, solo 21%, predominando aquellos adultos mayores que solo estudiaron secundaria.

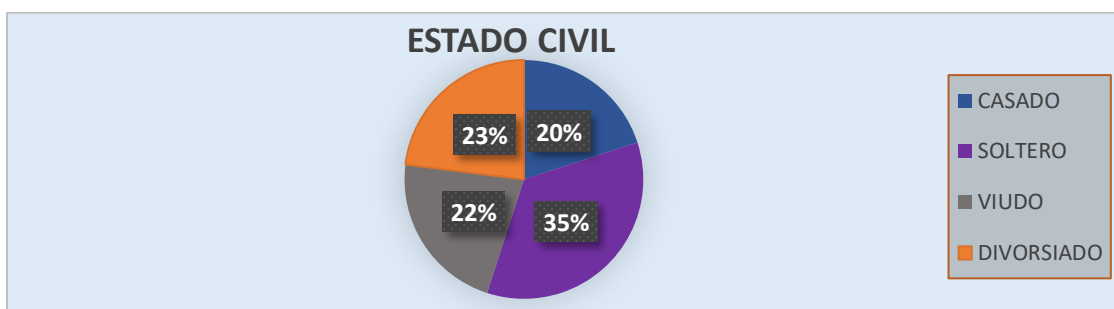
Figura 3 SEXO



Fuente: cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de Iguala gro. N=80

En la figura se observa con un 56% predominando el sexo femenino, con esto queda demostrado que son las mujeres las que ingresan a la unidad médica.

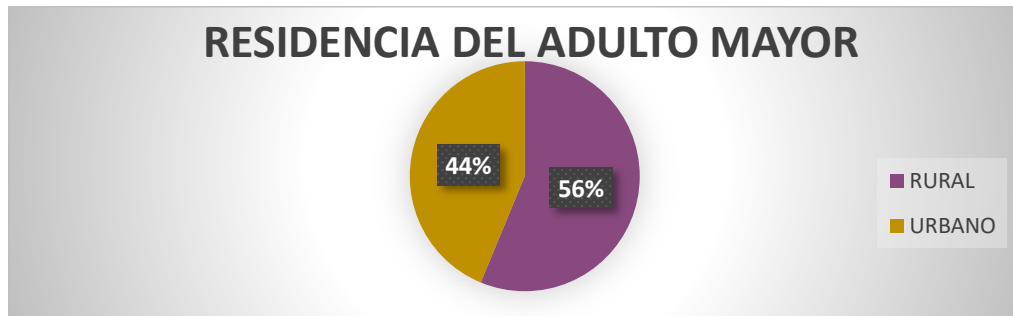
FIGURA 4 ESTADO CIVIL



Fuente: cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de Iguala gro. N=80

En la figura se observa que predominan los adultos solteros con un 35%, y en segundo lugar los divorciados con un 23%, y tercer lugar, los viudos con un 22% y en menor porcentaje con un 20% los que todavía siguen casados.

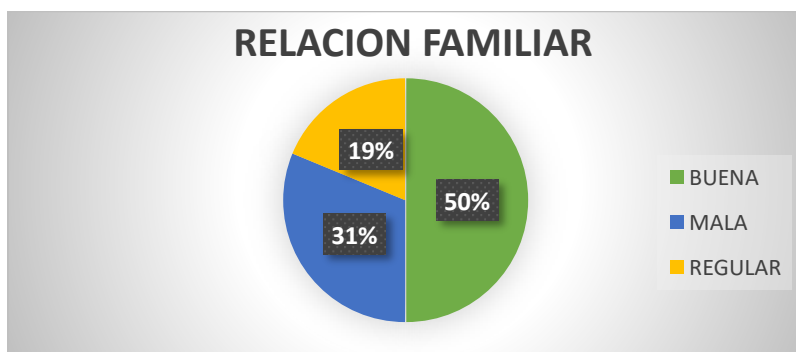
FIGURA 5 RESIDENCIA DEL ADULTO MAYOR



Fuente: cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de Iguala gro. N= 80

De acuerdo a los 80 adultos mayores encuestados, según el lugar donde residen, se encontró que la mayoría de personas que son hospitalizadas pertenecen al área rural (56%).

FIGURA 6 RELACIÓN FAMILIAR



Fuente: cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de Iguala gro. N= 80

En la tabla se observa que de los 80 adultos encuestados el 50 % existe una buena relación con sus familiares, un 31% de los adultos existe mala relación con sus familiares y por ultimo con un 19% tienen una relación regular, este demuestra armonía dentro en el hogar, sin embargo, se podían presentar conflictos con ellos., ya que los olvidan en la unidad médica.

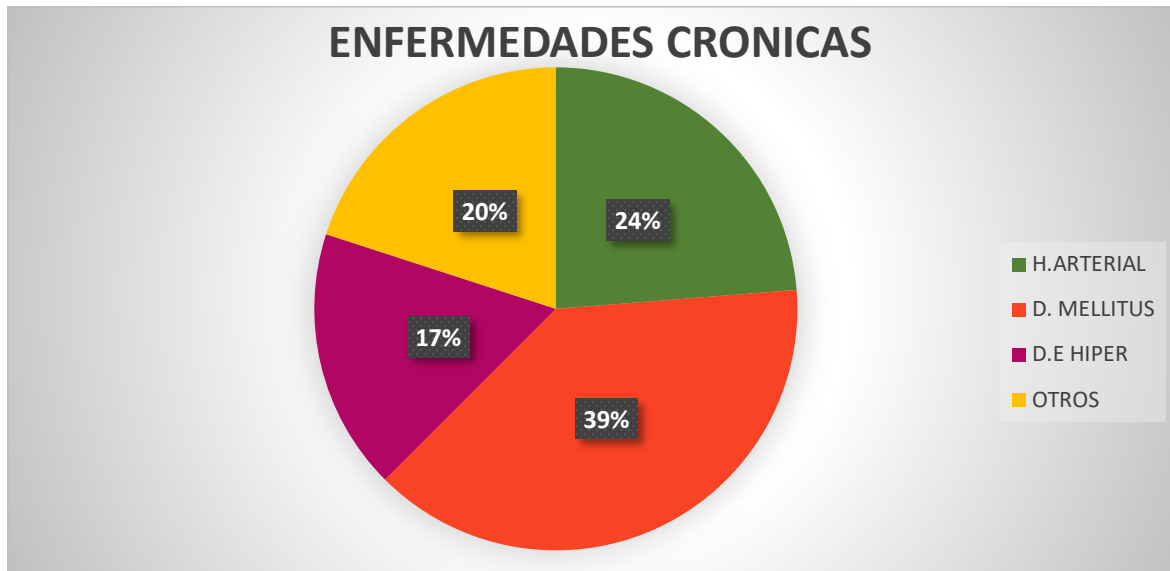
FIGURA.7 INGRESOS ECONÓMICOS



Fuente: cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de Iguala Gro. N= 80

De los 80 adultos mayores encuestados, el 94% manifestaron percibir un ingreso económico mensual por parte de ser jubilados así mismo de la pensión de los adultos mayores, el mismo que es asignado por el gobierno a los adultos mayores en riesgo de vulnerabilidad. Un 6%, reciben una pensión por parte de sus familiares, siendo así que las mayores son pensionados.

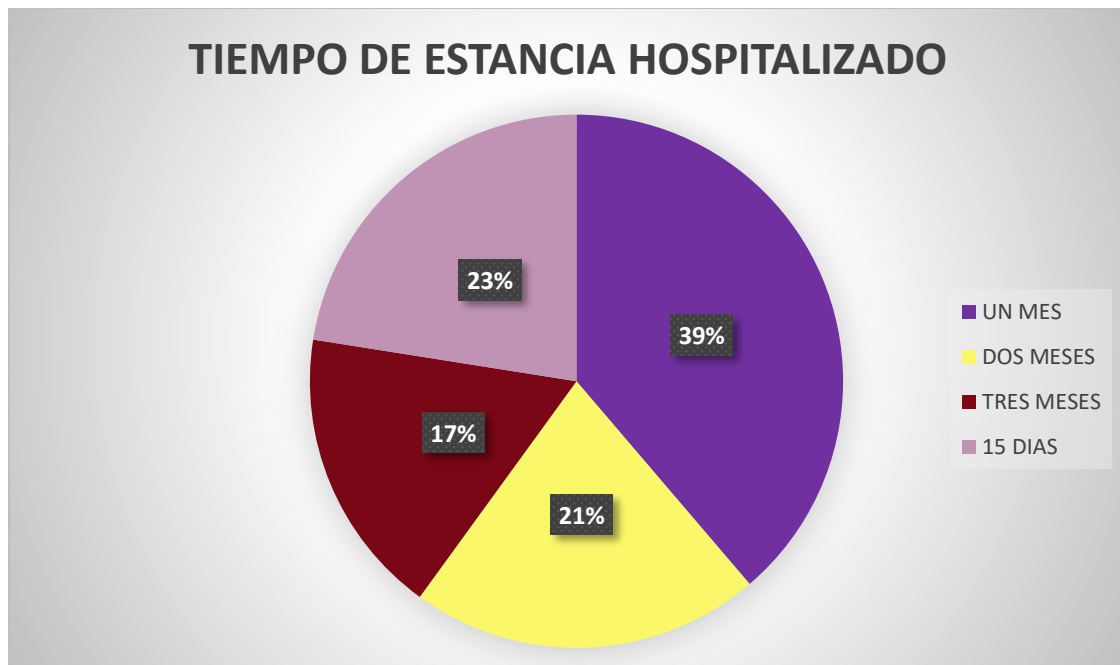
FIGURA 8. ENFERMEDADES CRÓNICAS



Fuente: cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de iguala gro N= 80

En general el padecimiento de las enfermedades crónicas son padecimientos que están presentes en la población adulto mayor en primer lugar tenemos los pacientes diabéticos con un porcentaje de 39%, seguidas de la hipertensión arterial con un porcentaje de 24%, en tercer lugar, con un 20% tenemos otros padecimientos y diabetes mellitus e hipertensión arterial con un 17% la tercera edad es caracterizada por la presencia de Enfermedades Crónicas

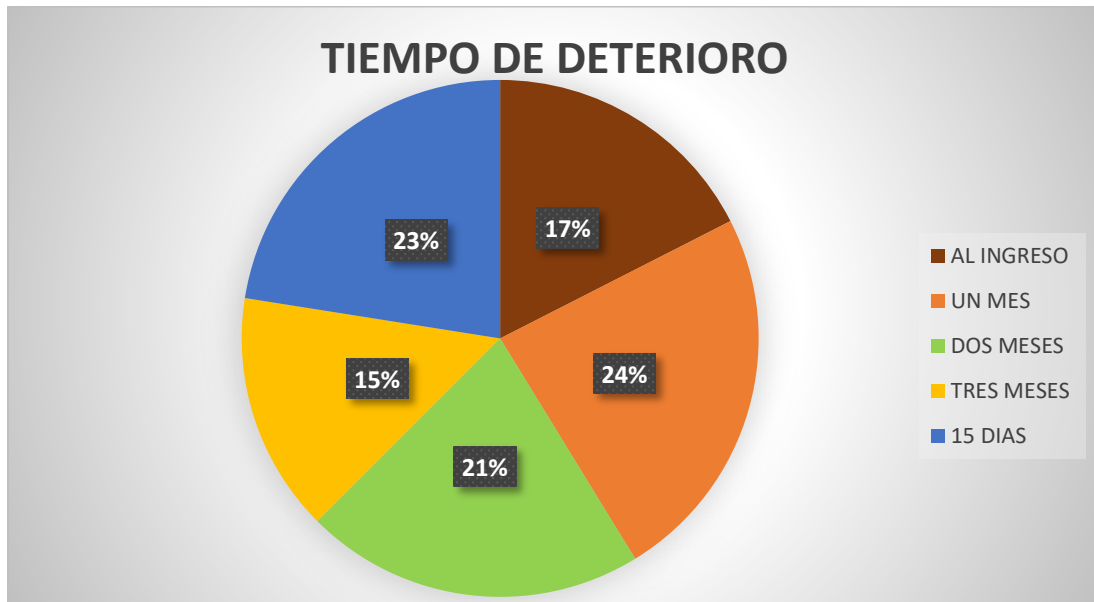
FIGURA 9 TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALIZADO



Fuente: cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de iguala gro. N= 80

De los 80 adultos encuestados, el 39% cursando con un mes de estancia hospitalaria, en segundo lugar, con un 23% lo ocupan aquellos pacientes con estancia hospitalaria de 15 días un tercer lugar con un 21% aquellos pacientes con estancia hospitalaria, de 2 meses y en menor porcentaje aquellos pacientes con tres meses con un 17%

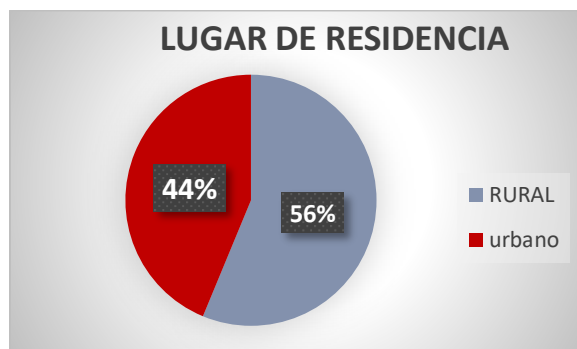
FIGURA 10. TIEMPO DE DETERIORO DE LA SALUD.



Fuente: cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de iguala gro. N= 80

En la gráfica se observa que de los 80 adultos mayores, durante su estancia en la clínica el tiempo de deterioro fue de 24%, después de un mes hospitalizado en segundo lugar, lo ocupan los de 15 con un 23%, y en tercer lugar los de dos meses hospitalizados, y en menor porcentaje los de tres meses.

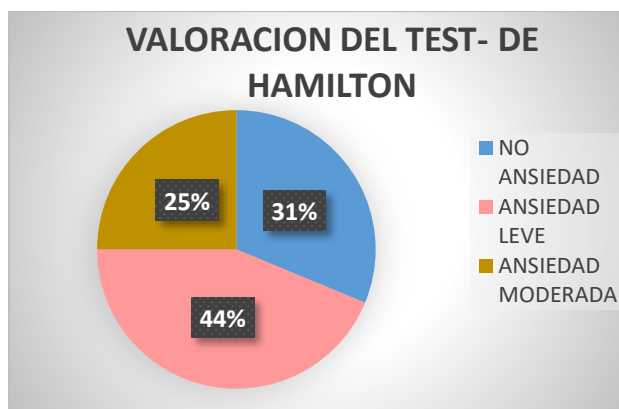
FIGURA 11 LUGAR DE RESIDENCIA.



Fuente: cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de Iguala Gro. No: 80.

En la gráfica se observa que de los 80 pacientes geriátricos el 56% corresponden al área rural, y en segundo lugar los del área urbano. Con un 44%.

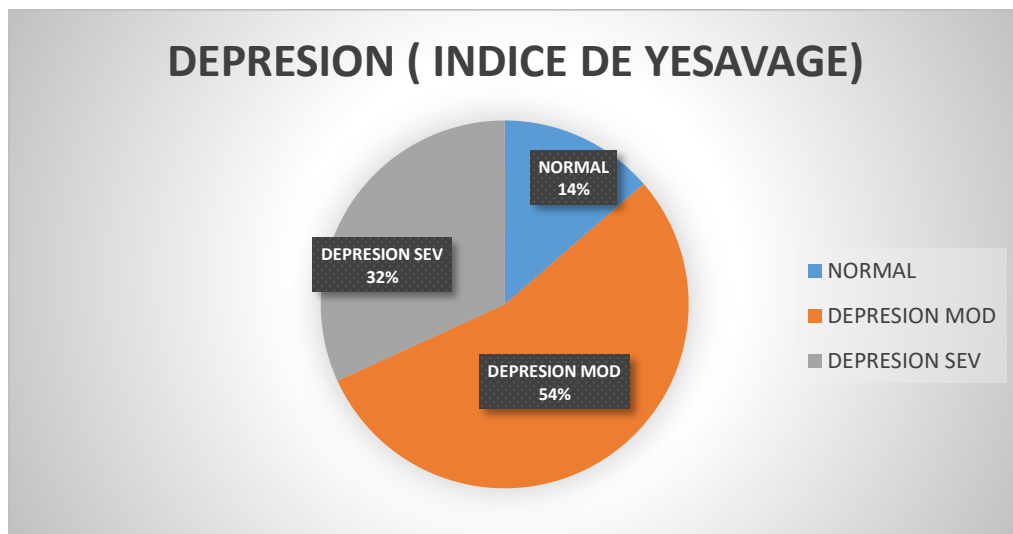
FIGURA 12 ANSIEDAD (VALORACION DEL TES DE HAMILTON).



Fuente: cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de Iguala gro. No=80

En la gráfica se observa que, de los 80 pacientes geriátricos encuestados, en primer lugar, tenemos ansiedad leve con un 44%, y en segundo lugar no presentan ansiedad con un 31%, y en tercer lugar con ansiedad moderada, predominando con los pacientes con ansiedad moderada con un 25%.

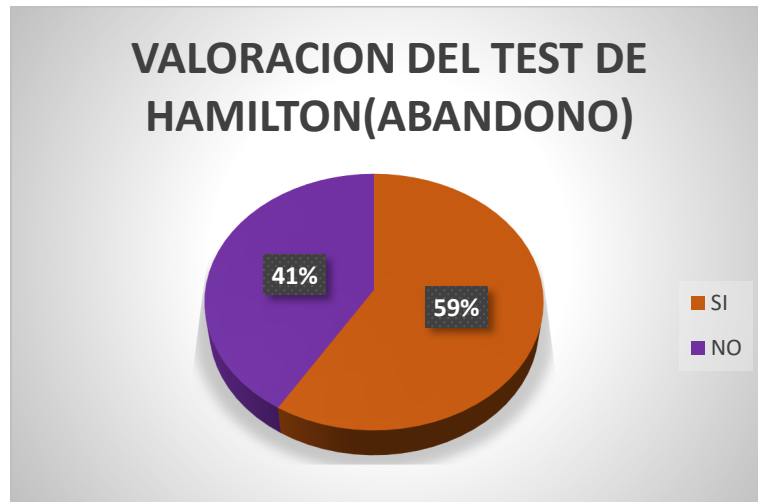
FIGURA 13. DEPRESION (Distribución según la Valoración del Índice de Yesavage)



Fuente: cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de iguala gro. No=80

En la gráfica se observa que de los 80 pacientes geriátricos encuestados en primer lugar tenemos con un 54% depresión moderada, en segundo lugar, tenemos con un 32% depresión severa, y en tercer lugar tenemos con un 14% sin depresión.

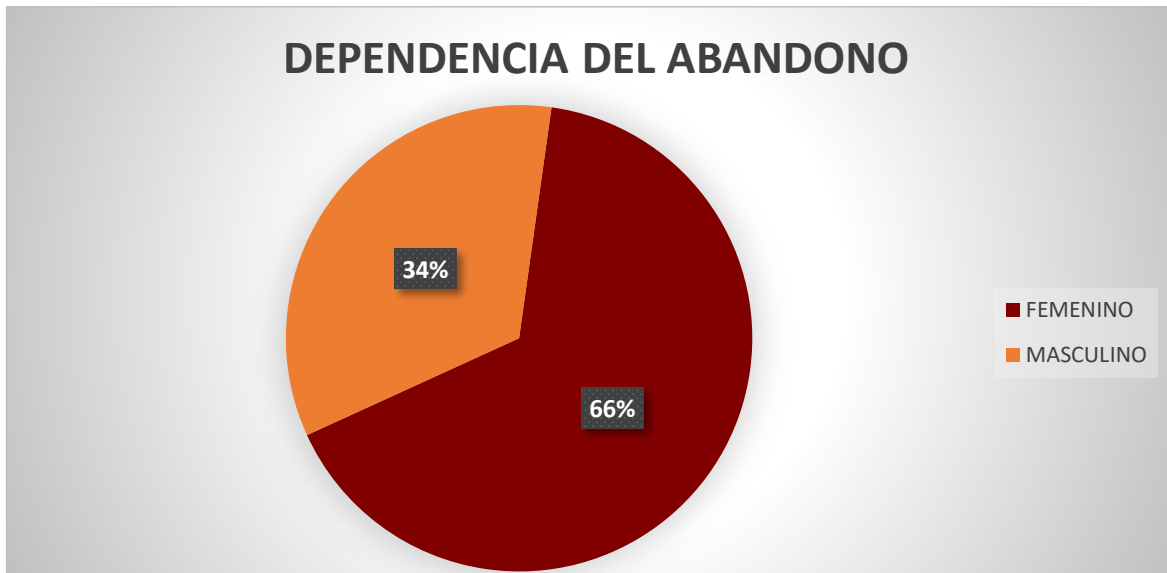
FIGURA 14. ABANDONO (VALORACION DEL TEST DE HAMILTON).



Fuente: cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de iguala gro. No=80

En la gráfica se observa que de los 80 pacientes geriátricos con el cuestionario aplicando el test Hamilton respecto al abandono fue de un 59% que sufren abandono, y el segundo lugar con un porcentaje menor de 41%, con esto se demuestra que sufren abandono los pacientes geriátricos abandonados.

FIGURA 15.- DEPENDENCIA DEL ABANDONO.



Fuente: cuestionario para conocer las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor de la clínica del ISSSTE de Iguala gro. No=80

En la gráfica se observa que, de los 80 adultos encuestados, sufren abandono, la dependencia emocional es un apego patológico que tiene lugar en las relaciones personales, tanto con las amistades y con la propia familia, esto se dio en los pacientes encuestados con alto porcentaje con 66%, y esto se da más en el sexo femenino y en segundo lugar con 34% en el sexo masculino.

DISCUSIÓN

En nuestro país, no existen suficientes estudios a gran escala sobre la situación psicoemocional que atraviesa el adulto mayor al ser hospitalizado y abandonado por sus familiares cuando ya se encuentran en la unidad médica. Se debe considerar que un adulto mayor que experimenta un cambio social y familiar, percibe de una u otra forma un trastorno psicoemocional, con cambios psicológicos y de afectividad tales como: La capacidad de adaptación a cambios sociales o ambientales se ve disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas. A nivel afectivo, el adulto mayor puede generar sentimientos de inutilidad o de impotencia ante determinadas situaciones que la enfermedad le está ocasionando, la pérdida como la de familiares, cónyuge, trabajo, entre otros (Hernández Gómez Elmer 2016)

Los fenómenos psicológicos atribuibles al envejecimiento, el ser abandonado por sus familiares y dejarlo al cuidado del personal de la institución y de familiares no cercanos provocan ansiedad, al ser hospitalizado experimenta temores y más aún su propia enfermedad, a continuación, se detalla el perfil socioeconómico de los 80 adultos mayores hospitalizados en la clínica del ISSSTE de Iguala Guerrero: Los adultos mayores de

71 a 80 años son del 27,5% y con un porcentaje similar son los adultos de 81 a 90 años. El género con mayor representación es el femenino con el 56,3%. Se destaca que según el estado civil de los adultos mayores predomina la ausencia de cónyuge (81,3%), el 42,5% son solteros y el 38,8% viudos, el 56,3% provienen del área rural. En cuanto al tiempo de permanencia que llevan hospitalizados los adultos mayores, se encontró que el 25% llevan menos de 2 meses en, el 40% manifiesta no recibir visita alguna por parte de sus familiares directos sino se encuentran a cargo de sus familiares no directos o familiares lejanos o cuidadores de ellos, , el 67,5% ingresó a la clínica fue hospitalizado por por iniciativa de sus

familiares y un igual porcentaje dice tener una relación familiar considerada entre regular, y los ingresos económicos no satisfacen todas las necesidades de un adulto mayor, las enfermedades, comorbilidades y grado de dependencia que se presentan con el pasar de los años, hace que el adulto mayor requiera de mayores insumos y recursos. El 67,5% de adultos mayores padecen algún tipo de enfermedad crónica no transmisible, de las que se destacan la hipertensión y diabetes.

En cuanto al estado civil de los adultos mayores predomina la ausencia de conyugue con un 35%, con un 23% son solteros y el 22, % viudos. Y casados con un 20 Una investigación realizada por Hernández, Palacios y Cajas (2011) al investigar los factores que influyen en el abandono en las unidades médicas, se, encontró que el estado civil no representa un factor de riesgo para presentar consecuencias psicológicas del abandono (García Hernández 2016). No obstante, la investigación sobre Depresión en adultos mayores se estimó que el ser soltero tiene una asociación significativa con la prevalencia de depresión en las personas de la tercera edad. Así, podemos aseverar que los sentimientos de abandono están relacionados al no contar con la ausencia de un conyugue, esto se explica porque el ser humano es un ser sociable; además, el adulto mayor afronta pérdidas durante su vejez como: el rol social, familiar y de seres queridos y por tanto es de importancia el disponer de un apoyo emocional para solucionar los problemas y la pérdida de roles que se presentan durante esta etapa.

La procedencia de los adultos mayores hospitalizados en nuestro estudio fue el 56,3% del área rural. Hernández, Palacios y Cajas (2015) al investigar los factores que influyen en el síndrome de abandono, no encontraron diferencias significativas en los resultados al evaluar adultos mayores provenientes de zonas urbanas o rurales (Zambrano Agustín 2016).

En relación al tiempo de permanencia que llevan hospitalizados los adultos mayores, se encontró que el 24% llevan un mes y el 23 15 días y 2 meses 21%. En tanto Silva y Vivar (2015) en su estudio de los factores asociados a la depresión en el adulto mayor hospitalizado de en las clínicas derechohabientes estimó que el tiempo mínimo de fue de 2 meses y el máximo de 3 meses; el grupo de mayor estancia en las clínicas.

En cuanto a la salud que tienen los adultos mayores, se encontró que el 67,5% de adultos mayores padecen algún tipo de enfermedad crónica, de las que se destacan la hipertensión y diabetes. El estudio de Durán (2015) determinó que el 32% de los adultos mayores padece de hipertensión arterial, el 13% sufre de diabetes, otro 13% presenta discapacidades físicas y hemiplejia, el 6% padece distrofia muscular que los mantiene postrados, otras enfermedades son la artritis reumatoide, trombosis y la esquizofrenia. De igual manera, los valores encontrados por Bonilla (2015) indican que el 70 % de los adultos estudiados presenta una comorbilidad, el 32 % hipertensión arterial, el 16 % diabetes mellitus y el 11% trastornos neurológicos y psiquiátricos y musculo esqueléticos Se evidencia que un factor característico de las personas hospitalizados que la mayoría padecen enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes, hipertensión y problemas óseos; dichas patologías incrementan el grado de dependencia del adulto mayor

El estado emocional de los adultos mayores hospitalizados evidencia una realidad que influye de manera directa sobre el estado emocional del adulto mayor, que es la falta de responsabilidad, deber moral y apego por parte de su familia, situación que se deriva en delegar funciones a terceras personas y/o del cuidado del paciente geriátrico; pero el punto neurálgico es ¿quién se encarga de su atención emocional? El cuidado del adulto mayor no es un tema únicamente físico sino también emocional. En nuestro país se habla de la calidad de vida, el buen vivir y los derechos del adulto mayor, pero todo esto se debe reflejar en una vejez satisfactoria en las mejores condiciones funcional, emocional y social, sin embargo, en la

actualidad estas condiciones se ven diluidas por la falta de aplicación de leyes hacia el abandono del adulto mayor.

En esta investigación las variables: tener una enfermedad crónica no transmisible, edad, estado civil (contar o no con una pareja sentimental) y procedencia, no influyen significativamente para sufrir abandono. Además, se determinó que la ansiedad se asocia con el abandono del adulto mayor con, esto debido a que la ansiedad es un mecanismo de adaptación al medio en el que se encuentra el adulto mayor para afrontar la situación que se presenta. La ansiedad para el adulto mayor provoca, estar hospitalizado a cargo del personal de salud, es un ambiente desconocido y de amenaza para él. En cuanto a la depresión y abandono, se estimó que no hay una relación significativa de dependencia.

Como conclusión de este estudio y la revisión de las investigaciones citadas podemos decir que la realidad emocional que vive el adulto mayor hospitalizado, ocultada tanto por los familiares como por el personal de la institución, el desapego familiar, el perder el vínculo y apoyo familiar provoca la percepción de amenaza a su integridad sumado a ello la pérdida de roles que se atraviesa en esta etapa.

La prolongación de la expectativa de vida en nuestro país y la coexistencia de una sociedad cada vez más acelerada donde los individuos disponen de menos tiempo para dedicar a su familia. El panorama a futuro es quizás que continúe en aumento el abandono del paciente hospitalizado; resultado de ello se espera la presencia de alteraciones psicoemocionales que deberán ser tomadas en cuenta ahora para diseñar planes y estrategias con el fin de afrontarlas y permita que la calidad de vida del adulto mayor se eleve dentro de las unidades médicas.

Los resultados evidencian en esta investigación, una realidad emocional que aún se encuentra imperceptible para los profesionales de las unidades médicas. Dicho personal que labora no es personal especializado en geriatría, ya que solo se cuenta con un consultorio y una enfermera geriatría, hace falta más personal capacitado en esa área, para poder darle una atención de acuerdo al padecimiento, esto es con la finalidad de enfrentar y manejar cambios psicoemocionales en los adultos mayores. En este sentido, se considera prioritario que el equipo multidisciplinario que labora en las clínicas, reciba formación necesaria para evaluar de manera funcional y responder de forma adecuada ante crisis emocionales, pudiendo así ayudar a los adultos mayores a aceptar la nueva realidad que se plantea y encontrar estabilidad emocional ante tal situación que le produce el estar hospitalizado y de alguna manera lo que le produce él está abandonado por sus familiares directos.

V.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En relación a los datos obtenidos en la presente investigación se concluye que más de la mitad de los adultos mayores tienen edades de 71 a 80 años, fueron mujeres, provienen del área rural y son solteros de acuerdo a los resultados obtenidos el tiempo de hospitalización del adulto mayor es de un mes con un 39%, 15 días con un 23% y por ultimo con un 21 % dos meses.

El 60% de adultos mayores hospitalizados manifiestan que durante su tiempo de hospitalización se quedan con amistades o familiares lejanos el resto con familiares directos

La ansiedad estuvo presente en el 44% siendo más frecuente la ansiedad leve con un porcentaje 31%. Se encontró asociación entre el abandono y la ansiedad. La depresión estuvo presente en el 54% de los adultos mayores.

Los resultados evidencian una realidad emocional de los adultos mayores, que aún se encuentra imperceptible para el personal de la salud, puesto que no disponen de equipos profesionales multidisciplinarios que permitan sobrellevar los cambios psicoemocionales en los adultos mayores no se cuenta con médicos geriatras, ni enfermeras geriátricas, así mismo consideramos que los profesionales de la salud, son un punto clave para el inicio en el cuidado y valoración emocional del adulto mayor, brindando entornos que acrecienten el bienestar emocional, a pesar de que la clínica no cuenta con personal especializado, el personal que labora en dicha clínica ISSSTE, realiza su trabajo y ayuda en la pronta recuperación de salud de los pacientes hospitalizados y así disminuir su ansiedad y que su estado emocional no empeore, sino todo lo contrario que se recupere y este mejor ,emocionalmente.

SUGERENCIAS.

Se sugiere difundir y promover el cumplimiento de los derechos del adulto mayor que se promulgan en la Constitución política, por parte de las instituciones de salud y entes gubernamentales, quienes tienen a su cargo el determinar y hacer cumplir los lineamientos políticos y sociales en pro del bienestar del adulto mayor y así reducir los índices que van en crecimiento del abandono hospitalario.

La realidad que vive el adulto mayor institucionalizado es imperceptible, los cambios y pérdida de roles que enfrenta el adulto mayor requiere una serie de estrategias y modelos de apoyo que afronten y resuelvan los estados psicoemocionales, en este contexto las instituciones y profesionales quienes brindan cuidados geriátricos

VI. BIBLIOGRAFIA.

Bernardino Zambrano Principios geriátricos pagina 1025 – 1042, editorial trillas 2016.

Callejas González, Salud mental del adulto mayor, tercera edición editorial Elservier.

Cárdenas A. Introducción a la salud pública, normas y protocolos de atención integral a la salud de los adultos mayores 2016

Cardona A. Doris, Segura C. Ángela M., Agudelo M. María A. 2015 tercera edición editorial Porrúa México

Carlos Cano Gutiérrez medicina geriátrica primera edición, progreso 2017

Delgado Jessica enfermedades crónicas del adulto mayor tercera edición editorial Porrúa 2016

Doris soledad. Factores de riesgo del adulto mayor primera edición 2016

García Hernández proceso de envejecimiento capítulo 3 editorial porrua mexico2016

Instituto Nacional de Estadística y Censos 2015

Jiménez Hernández enfermería geriátrica primera edición editorial trillas México 2016.

Lucia Ferreiro González, valoración geriátrica integral del adulto mayor 2017, editorial santilla

María A. Delgado abandono familiar y estado emocional del adulto mayor, editorial Porrúa capitulo IX 2017

Ministerio de Salud Pública. Normas y protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores.2015

OMS, Crecimiento acelerado de la población 2017

Patricia Williams manual moderno de geriatría primera edición, editorial México 2017

Pedro Abizanda, medicina geriátrica, editorial elzevir, México 2017

Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de los ancianos. (Salud Pública 2016)

Revista Joaquín Martínez derechos de los adultos mayores 2017(3);

Rodríguez Soler Proceso de envejecimiento del adulto mayor primera edición, editorial Porrúa 2017

Sequeira Daiza abandono del adulto mayor, editorial trillas primera edición 2016

Zambrano Agustín, economía y seguridad social del adulto mayor, editorial Porrúa México 2017

ANEXO “A” CONSENTIMIENTO INFORMADO



CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: UNAM 8963-23 ACUERDO CIRE 17/10 de fecha 22-06-2010

CARTA DE CONSENIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación “causas y consecuencias del abandono del adulto mayor en la clínica del issste de iguala guerrero”. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general y la importancia que tiene la presente investigación.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aun después de iniciada puedo reusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo será registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que estamos de acuerdo en participar y expresamos nuestro consentimiento firmando esta carta

Firma del adulto mayor

Nombre y firma del investigador

ANEXO “B” INSTRUMENTO DE MEDICIÓN



2010

CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO CLAVE: UNAM 8963-23 ACUERDO CIRE 17/10 de fecha 22-06-

CUESTIONARIO SOBRE ABANDONO SOCIAL EN LOS ADULTOS MAYORES

La finalidad de este cuestionario es determinar el conocimiento y la importancia acerca del ABANDONO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DEL ISSSTE

Conteste la respuesta que usted considere correcta, subrayando, no deje preguntas sin responder. Si tiene alguna duda al contestar alguna pregunta, coméntela con la persona que le aplica el cuestionario.

1. Cuantos años tienes

a)

datos descriptivos

1.- cuantos años tiene?

a) 65 _ 70 años

b) 71 _ 80 años.

c) 81 _ 90 años.

2. escolaridad

a) primaria

b) secundaria

c) preparatoria

d) licenciatura

3.- sexo

a) Masculino

a) masculino

b) femenino.

4.- estado civil

a) casado

b) soltero

c)viudo

d) divorciado

Datos analíticos

5.-Residencia del adulto mayor

a) rural

b) urbano

6.-Relacion familiar

a) buena

- b) mala
- c) regular

7.-Ingresos económicos

- a) bono
- b) jubilación
- c) otro

8.- Enfermedades crónicas.

- a) hipertensión arterial
- b) diabetes mellitus
- c) diabetes mellitus e hipertensión
- d) otros

9.-Tiempo de estancia

- a) al ingreso
- b) un mes
- c) dos meses
- d) tres meses
- e) 15 días

10.-Tiempo de deterioro a la salud

- a) al ingreso
- b) un mes
- c) dos meses

11.- Lugar de residencia.

a) rural

b) urbano

12. valoraci0n del test de Hamilton.

a) no ansiedad

b) ansiedad leve

c) ansiedad moderada.

13.- valoración del índice de yasavege

a) ansiedad normal

b) ansiedad moderada

c) ansiedad severa.

14.- valoración del test de Hamilton

1.- ansiedad si

2.- ansiedad no

15.- dependencia del abandono

1.- femenino si

2.- masculino no.