



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLAS DE HIDALGO**

***ESCUELA DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA***

***CAUSAS DE ABANDONO DE LOS RESIDENTES
GERIÁTRICOS DEL ASILO "MIGUEL HIDALGO" DE LA
CIUDAD DE MORELIA, MICHOACÁN DE OCAMPO***

TESIS:

PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA

JUAN MIGUEL PRECIADO NICOLÁS

ASESORA

L. E. P. D. ROSA MARÍA CASILLAS FRANCO

CO- ASESORES

M. E. Y A. S. MARTHA IZQUIERDO PUENTE

MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO

MORELIA, MICHOACÁN. MARZO DE 2005.

ADMINISTRATIVOS.

M. C. JOSEFINA GANDARILLA VALENZUELA.
DIRECTORA DE LA ESCUELA.

L. E. O. MA. MARTHA MARÍN LAREDO.
SECRETARIA ACADÉMICA.

L. E. D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN.
SECRETARIA ADMINISTRATIVA.



JURADO.

L. E. P. D. ROSA MARÍA CASILLAS FRANCO.
PRESIDENTA.

L. E. D. AURORA ROMERO VENCES.
VOCAL.

DR. ROBERTO MENDOZA CONTRERAZ
VOCAL.

M. C. MARÍA DOLORES LÓPEZ CALVILLO
SUPLENTE



AGRADECIMIENTOS.

A DIOS:

Por concederme la dicha de vivir y la fortaleza necesaria para cumplir este sueño.

A MIS PADRES:

Gracias por su confianza y por la herencia más valiosa, la vida.

A MIS ABUELOS:

Por mostrarme el valor de la vida y la dicha del saber.

A MIS HERMANAS (O):

Por su apoyo incondicional su paciencia y comprensión.

A MIS TIOS:

Por su confianza y apoyo incondicional.

A MI NOVIA:

Por su comprensión y cariño.

A MIS ACADEMICOS:

Gracias por compartir su papel de eslabón en la cadena del saber, al poner en escena lo creado.



DEDICATORIA

A MIS ABUELOS MATERNOS:

† JOSÉ MELQUÍADES NICOLÁS B.

Por alentarme al estudio cuando niño y por la gran enseñanza de nunca rendirme pese a las tormentas de la vida...

MA. FILOMENA GARCÍA C.

Por cubrirme entre sus brazos durante la niñez y parte de la adolescencia, mostrándome que la vida no es fácil al vivir entre maizal y lo importante de la vida es esmerarnos por lo que queremos no olvidando cuanto podemos y cuanto tenemos.

A MIS PADRES Y HERMANAS (O)

Por alentarme a continuar en el estudio a un con las adversidades que caracteriza el superarse académicamente.



RESUMEN.

Vivimos en una sociedad donde ha crecido el abandono del adulto mayor, con distintas manifestaciones, producto de una crisis integral. El abandono a ancianos es un grave problema social. No importa el nivel económico y educativo de quién lo ejerce o lo padece. El abandono vulnera a los derechos fundamentales de las personas, por eso es un problema de todos y de la sociedad en su conjunto, quien puede y debe cumplir un papel importante en esto. En el trabajo hemos realizado una exhaustiva revisión bibliográfica acerca de las teorías del envejecimiento, abandono y crecimiento de la tasa poblacional de adultos mayores aspectos que padece nuestro país y Estado.

En esta investigación se recoge los conceptos de abandono y envejecimiento así como los diferentes tipos de abandonos, consecuencias y derechos. Se observa, que hay un predominio de residentes varones en el asilo al igual que una ausencia importante de los familiares ante la atención de sus necesidades lo que en la literatura se denomina abandono pasivo o maltrato lo que ocurre cuando las necesidades físicas (alimentación, abrigo, higiene, etc.) no son atendidas, temporaria o parcialmente por ningún miembro de la familia.

También existe el abandono emocional que es la falta de respuesta a necesidades de contacto afectivo del adulto mayor, (ausencia de contacto corporal, caricias e indiferencia frente a los estados anímicos del adulto). Se analiza el papel imprescindible de los cuidadores de adultos mayores lo que se le suma sugerencias a los nuevos profesionistas de la licenciatura en Enfermería como participantes de la atención.

INDICE

	Pag.
I. INTRODUCCIÓN.....	.....1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	.....2
III. JUSTIFICACIÓN.....	.....3
IV. OBJETIVOS.....	.....4
4.1 Objetivo general	
4.2 Objetivos específicos	
V. MARCO TEÓRICO.....	.....5
5.1 MARCO CONCEPTUAL.....	.....5-6
5.1.1 Abandono	
5.1.2 Adulto mayor	
5.1.3 Vejez	
5.1.4 Envejecimiento	
5.1.5 Etapas de la vejez	
5.1.6 Geriatria	
5.1.7 Gerontología	
5.1.8 Asilo	
5.1.9 Hogar de ancianos	
5.1.10 Filantropía	
5.2 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO.....	.....7
5.2.1 Teorías fisiológicas.....	.....7
5.2.1.1 Sistema inmunológico. ....	...8-10
5.2.2 Teorías del error.....	.....10
5.2.3 Teoría del envejecimiento celular.....	..10-12
5.2.4 Teoría de la acumulación de productos tóxicos.....	.....12
5.2.5 Teoría genética.....	.....13
5.2.6 Teoría sobre perdida celular.....	..13-14



5.2.7 Teoría mental.....	..14-15
5.3 EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN ÓRGANOS Y SISTEMAS.....	..16-17
5.4 RASGOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL.....	..18-21
5.5 EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL ADULTO MAYOR.....	..22-23
5.6 ABANDONO O DESPLAZAMIENTO SOCIAL.....	..24-25
5.7 TIPOS DE ABANDONO.....	.....26
5.7.1 Abandono pasivo	
5.7.2 Abandono activo	
5.8 EFECTOS DEL ABANDONO.....	..27-28
5.9 DERECHOS DEL ADULTO MAYOR.....	..28-31
5.10 RESPONSABILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES.....	..31-32
5.11 ASILO O CASA HOGAR DEL ADULTO MAYOR.....	..32-33
5.12 LA FILANTROPIA.....	.....33
5.13 CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES ..	.....34
5.14 DEPENDENCIAS PARTICIPANTES EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR.....	..35-37
VI. HIPÓTESIS.....	.....38
6.1 Hipótesis nula	
6.2 Hipótesis alterna	



VII.	MATERIAL Y MÉTODO.....	.....39
	7.1 Universo de estudio	
	7.2 Tamaño de estudio	
	7.3 Diseño de estudio.....	.....40
	7.4 Criterios de selección.....	.....41
	7.4.1 Criterios de inclusión	
	7.4.2 Criterios de exclusión	
	7.4.3 Criterios de eliminación	
	7.5 Variables.....	.....42
	7.5.1 Variables independientes	
	7.5.2 Variable dependiente	
	7.5.3 Operacionalización de variables.....	.43-44
	7.6 Método de recolección de datos.....	.....45
	7.7 Manejo de datos.....	.....46
	7.8 Recursos.....	.....47
	7.8.1 Recursos humanos	
	7.8.2 Recursos físicos	
	7.8.3 Recursos financieros	
	7.9 Ética de estudio.....	.....48
VIII.	RESULTADOS.....	.49-52
IX.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	....53
X.	SUGERENCIAS.....	.54-55
XI.	GLOSARIO.....	....56
XII.	BIBLIOGRAFÍAS.....	.57-58
XIII.	ANEXOS.....	.59-82





I. INTRODUCCIÓN.

“Se envejece como se ha vivido” Antiguo adagio

El abandono del “Adulto Mayor” ha permanecido en el olvido en las últimas décadas de este siglo, empezándose a considerar como un problema social, a finales de la misma. Así mismo, en esta época, se comienza a tomar conciencia de esta realidad, pues se observa que los familiares se olvidan de ellos en los asilos, cuyo número de adultos mayores va en aumento, en casas hogares y en calles de la ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo, El propósito de la investigación es examinar el abandono, cuales son las causas y efectos del abandono de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo que lleva más de 59 años albergando adultos mayores, así como aportar datos que ayuden a la reflexión sobre aspectos de esta etapa de la vida.

El reflexionar implica ver al adulto mayor en una sociedad acelerada, donde los cambios en muchas áreas como tecnología, sociedad, economía, cultura son muy rápidos, es así como el adulto mayor culmina en los asilos o calles hasta tener pérdida de la autoestima, debido al abandono por considerarlos pocos importantes e inútiles.

Retomar este grupo etario en el asilo por el profesional de Licenciatura en Enfermería implica no solo el sentido ético de la profesión sino admirar un horizonte que en nuestro tiempo no es tomado como prioridad ni por el Estado, ni por la familia nuclear, el tiempo nos alcanza a pasos agigantados y estaremos envueltos entre una sociedad de edad avanzada que requerirá atención especializada.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La población de adultos mayores crece constantemente a nivel mundial, en el ámbito nacional y/o estatal reflejado en los datos estadísticos del INEGI, este aumento, indica una mayor demanda de atención en sus necesidades de alimentación, vivienda y salud, que debe ser cubierto por la familia como primera parte y por personal especializado en el área, pero por circunstancias de la vida la demanda de atención se refleja en los asilos o casas de asistencia, en Morelia existen 10 asilos entre ellos el “Miguel Hidalgo” único perteneciente al DIF municipal que fue creado en 1953, donde alberga adultos mayores en situaciones diversas, por lo que nos preguntamos.

¿Cuales serán las causas de abandono de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo?

III. JUSTIFICACIÓN

La transición demográfica exige un papel más pro-activo del adulto joven como vínculo entre la decreciente población infantil y la creciente población adulta mayor de nuestro país, en 1970 el porcentaje de adulto mayor de 65 años de nuestro país correspondía al cuatro por ciento dentro de la estructura poblacional, para el año 2025 el porcentaje aumentara hasta el 10 por ciento con alrededor de 12.5 millones de adultos mayores. ¹

Para la ONU una sociedad puede considerarse envejecida si el 5 por ciento de su población tiene más de 65 años de edad. ²

De acuerdo con los criterios establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la población Michoacana es una sociedad "vieja", en virtud de que el 10 por ciento de su población tiene ya más de 60 años y de que el 6.11 cuenta con más de 65 años.

En el 2030 la población mayor de 60 años ascenderá al 17.68 por ciento de la población con un total de 760 mil 514 hombres y mujeres³, casi el doble de los adultos mayores que hoy día integran la sociedad Michoacana, de ahí la necesidad de implementar acciones que permitan mejorar su desarrollo pleno e integración social para disminuir el constante abandono.

¹ <http://www.invdes.com.mx/antiores/diciembre2001/htm/tercera.html>

² <http://www.inegi.gob.com.mx>

³ <http://www.michoacan.gob.mx/noticias/notadependencias.php?idesion=8596a6b46027b7ad35bfd38780fdbb12>

IV. OBJETIVOS.

4.1 Objetivo general:

- Examinar la problemática del abandono de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo, con el fin de aportar información para motivar a la reflexión familiar, a los adultos jóvenes a prepararse ante la realidad de los años, e incitar a los profesionales de la licenciatura a abordar esta área geriátrica.

4.2 Objetivos específicos:

- Precisar el abandono familiar en los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo.
- Determinar el tipo de abandono en los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo.
- Identificar las causas del abandono en los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo.
- Establecer los efectos del abandono en los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 MARCO CONCEPTUAL.

5.1.1 ABANDONO:



Acto unilateral, por el que el titular del derecho evidencia su renuncia al mismo, desprendiéndose por voluntad propia sin necesidad de ningún tipo de formalidad.⁴

5.1.2 ADULTO MAYOR:

Etapla considerada, sin ningún umbral de término, a partir de los 60 años.⁵

5.1.3 VEJEZ:

Es una etapa de la vida.⁶

5.1.4 ENVEJECIMIENTO:



Conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo, y que finalmente conducen a la muerte.⁷

⁴Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation.

⁵MENDERON A, PUENTE A, LA VEJEZ, Ed. Acento, España 1996.

⁶ PLAZA Y VALDES, MANUAL DE VEJEZ Y PROCESO DE ENVEJECIMIENTO, BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR.A.P., ed.2. Ed. Laroussa, México 2002.

⁷ Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.



5.1.5 ETAPAS DE LA VEJEZ:

La sociedad de Geriatria y Gerontología de México, A.C. ha denominado las etapas de la vejez como: de 45 a 59 años prevejez, de 60 a 79 años vejez y de 80 y más años ancianidad.⁸

5.1.6 GERIATRÍA:

Especialidad médica que se ocupa de las enfermedades de los ancianos y de su tratamiento, atiende al anciano tanto en situación de salud como de enfermedad. Debe prestar atención tanto a los aspectos clínicos presentes en sus enfermedades como a la prevención de las mismas. De forma especial y particular los aspectos sociales que pueden influir en la salud del anciano como son la soledad, el aislamiento, la dependencia, deben formar parte del trabajo y actuación del personal geriatra.⁹

5.1.7 GERONTOLOGÍA:

Es el estudio del proceso fisiológico del envejecimiento.¹⁰

5.1.8 ASILO:

Establecimiento benéfico en que se recogen menesterosos, o se les dispensa alguna asistencia.¹¹

5.1.9 HOGAR DE ANCIANOS:

Establecimiento destinado fundamentalmente al alojamiento, para mantener el bienestar psíquico y social de la población de más de 65 años de edad, cuya situación de salud no altere o ponga en riesgo la normal convivencia. Puede o no contar con atención médica y si la tiene la misma está destinada a verificar o controlar problemas de salud para la eventual derivación de quien los padece. Estos servicios "brindan" alojamiento para mantener el bienestar físico, psíquico y social en salas, pabellones o sectores de los establecimientos asistenciales con internación general.¹²

5.1.10 FILANTROPÍA:

Actitud de amor hacia la especie humana, normalmente manifestada mediante actividades que promueven su bienestar.¹³

⁸ HERNAN San M. VICENTE PASTOR, EPIDEMIOLOGIA DE LA VEJEZ, Ed. Interamericana, Mc. Graw Hill.

⁹ KANE L.R., GERIATRIA CLINICA, ed.4ª, Ed. Mc Graw Hill, Pp.137 a 157.

¹⁰ STAALO. S., y HODGES L.C., GERIATRIA, Ed. Mc Graw Hill, México Pp. 4-10

¹¹ Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation.

¹² MARTINEZ J. I. Y COLABORADORES. GERONTOLOGIA, Ed. Medifam, Vol.12, Diciembre 2002.

¹³ Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation.

5.2 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO



Teorías de envejecimiento del cuerpo humano fig.1

La investigación sobre el envejecimiento no está basada en ninguna teoría aceptada universalmente, los estudios genéticos, celulares y fisiológicos han suscitado varias hipótesis (*Véase fig.1*)

5.2.1 TEORIAS FISIOLÓGICAS

Las teorías fisiológicas del envejecimiento se centran en los sistemas orgánicos y sus interrelaciones. Por ejemplo, una de las áreas más investigadas en la actualidad es el sistema inmune que protege nuestro organismo de las células extrañas. Una característica de los mamíferos es que su sistema inmune pierde gradualmente su capacidad de enfrentarse a las infecciones y a otras situaciones como el envejecimiento. Como resultado, los anticuerpos que produce el organismo son incapaces de distinguir entre células "amistosas" o "propias", y "enemigas" o "no propias". Actualmente, la mayoría de los expertos consideran que el envejecimiento no es el resultado de un mecanismo aislado sino que comprende un conjunto de fenómenos que actúan en concierto.¹⁴

¹⁴ KANE L.R., GERIATRIA CLINICA, ed.4ª, Ed. Mc Graw Hill, Pp.137 a 157.



5.2.1.1 SISTEMA INMUNOLÓGICO

También llamado sistema inmune, es el sistema corporal cuya función primordial consiste en destruir los agentes patógenos que encuentra. Cualquier agente considerado extraño por un sistema inmunológico se denomina antígeno. La responsabilidad del sistema inmunológico es enorme y debe presentar una gran diversidad, con objeto de reaccionar de forma adecuada con los miles de antígenos, patógenos potenciales diferentes, que pueden invadir el cuerpo. Aún no se conocen en su totalidad los mecanismos fisiológicos complejos implicados en el sistema inmunológico, pero la investigación médica continúa desentrañándolos.

COMPONENTES

El sistema inmunológico consta de seis componentes principales, tres de los cuales son diferentes tipos de células, y los otros tres, proteínas solubles. Estos seis componentes pueden encontrarse en la sangre de diferentes formas.

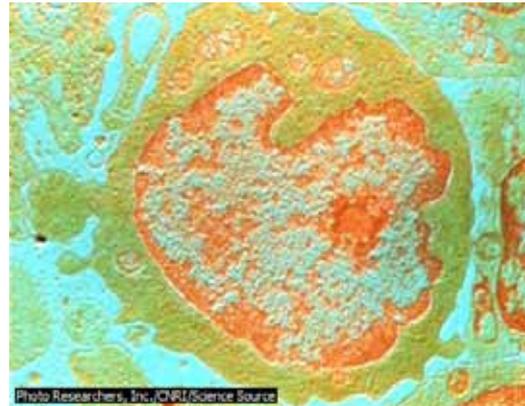
Las tres categorías de células inmunológicas son granulocitos, monocitos/macrófagos y linfocitos.

Los granulocitos son las células con núcleo más abundantes en la sangre. Estas células fagocitan (ingieren) los antígenos que penetran en el cuerpo, sobre todo si estos antígenos han sido recubiertos en la sangre por inmunoglobulinas o por proteínas del sistema del complemento. Una vez ingeridos, los antígenos suelen ser destruidos por las potentes enzimas de los granulocitos.

Los monocitos constituyen un pequeño porcentaje de la totalidad de las células sanguíneas; cuando se encuentran localizados en los tejidos, fuera de la circulación sanguínea, experimentan cambios físicos y morfológicos, y reciben el nombre de macrófagos. Al igual que los granulocitos, los monocitos también ingieren sustancias extrañas, interaccionan con las inmunoglobulinas y con las proteínas del complemento, y contienen enzimas potentes dentro de su citoplasma. Sin embargo, los monocitos alteran además los antígenos, haciendo que la respuesta inmune del tercer tipo de células inmunológicas, los linfocitos, sea más fácil y más eficaz.

En algunos aspectos, los linfocitos son las células más importantes del sistema inmunológico. Existen dos tipos principales de linfocitos: los linfocitos B y los linfocitos T. Los primeros son responsables de la inmunidad humoral o serológica; es decir, los linfocitos B y sus descendientes directos, que reciben el nombre de células plasmáticas, son las células responsables de la producción de unos componentes del suero de la sangre, denominados inmunoglobulinas. Los linfocitos T son responsables de la inmunidad celular; es decir, atacan y destruyen directamente a los antígenos. (Véase

fig.2) Estas células también amplifican o suprimen la respuesta inmunológica global, regulando a los otros componentes del sistema inmunológico, y segregan gran variedad de citoquinas. Los linfocitos T constituyen el 70% de todos los linfocitos. Tanto los linfocitos T como los linfocitos B tienen la capacidad de recordar, desde el punto de vista bioquímico, una exposición previa a un antígeno específico, de manera que si la exposición es repetida puede producirse una destrucción más eficaz del antígeno.



Linfocitos

Los linfocitos, o glóbulos blancos de la sangre, se generan en la médula. Estas células son las principales responsables del control de las infecciones, ya que atacan de manera directa a los antígenos, o sustancias extrañas al organismo. Cuando se trasplanta un órgano, los linfocitos suelen atacar a los tejidos trasplantados, causando el rechazo del trasplante. (Véase fig.2)

Proteínas

Los tres tipos de proteínas que forman parte del sistema inmunológico, y se encuentran disueltas en el suero (la porción líquida de la sangre), son las inmunoglobulinas, las citoquinas y las proteínas del complemento. Hay miles de clases diferentes de inmunoglobulinas, que reciben el nombre de anticuerpos; cada una de ellas se combina de manera exacta con un tipo específico de antígeno y contribuye a su eliminación. Esta inmensa diversidad es la característica principal del sistema inmunológico en conjunto.

Las citoquinas son compuestos solubles, responsables en gran parte de la regulación de la respuesta inmunológica. Si son segregadas por los linfocitos, reciben el nombre de linfoquinas; si son segregadas por los monocitos, se denominan monoquinas. Algunas citoquinas amplifican o

incrementan una respuesta inmunológica que está en curso, otras hacen que las células proliferen, y otras pueden suprimir una respuesta inmunológica en funcionamiento. El sistema inmunológico, al igual que otros sistemas corporales, debe ser regulado de esta forma, de modo que el sistema esté activo cuando sea necesario, pero que no lo esté de una manera patológica.

Las proteínas del complemento forman una familia de compuestos que, junto con las inmunoglobulinas, actúan para propiciar una respuesta inmunológica adecuada. Una vez que un anticuerpo se une específicamente a su antígeno, las proteínas del complemento pueden unirse al complejo formado de esta forma, y facilitan que las células inmunológicas lleven a cabo la fagocitosis.¹⁵

5.2.2 TEORÍA DEL ERROR

Uno de los conceptos genéticos más importantes, la llamada teoría del error, supone que las alteraciones propias de la edad se deben a la acumulación de errores genéticos aleatorios, o a pequeños errores en la transmisión de información genética. Estos daños o errores reducen o impiden el funcionamiento adecuado de las células.

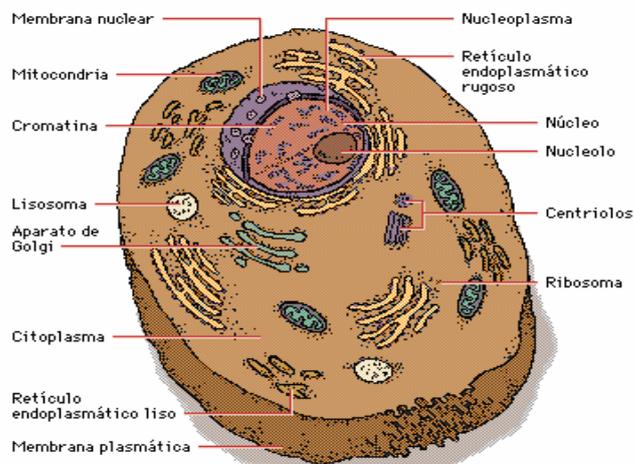
5.2.3 TEORÍA DEL ENVEJECIMIENTO CELULAR

En los estudios celulares, la teoría del envejecimiento más conocida está basada en el llamado efecto Hayflick, que recibió el nombre del microbiólogo americano Leonard Hayflick. Éste observó en un cultivo celular, que ciertas células humanas experimentaban sólo un número limitado de divisiones celulares antes de morir. Este hallazgo sugiere que el envejecimiento está programado en el interior de la células, y podría explicar las diferencias que existen en la duración de la vida de las distintas especies animales, así como la longevidad desigual de los distintos sexos en las mismas especies. Por ejemplo, en la especie humana, las mujeres habitualmente viven una media de ocho años más que los varones.

La teoría se caracteriza principalmente por la reducción del número de células, que además se alteran desde el punto de vista cualitativo y se

¹⁵ Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

distribuyen en forma irregular en los tejidos con las siguientes características. (Véase fig.3).



Citoplasma celular: se reduce su contenido hídrico.

Mitocondrias: hay una irregularidad de forma y volumen de adenina y Piridinucleótidos, fosforilación oxidativa y desfosforilación menos eficaz.

Unidad celular fig.3

Aparato de Golgi: se fragmenta.

Ergastoplasma: se presenta cromatólisis.

Lisosomas: hay acumulación de lipofusina.

Membrana celular: se modifica en la permeabilidad en los intercambios nutricionales.

Núcleo: cambia en forma y volumen vesicular y hay condensación de la cromatina.

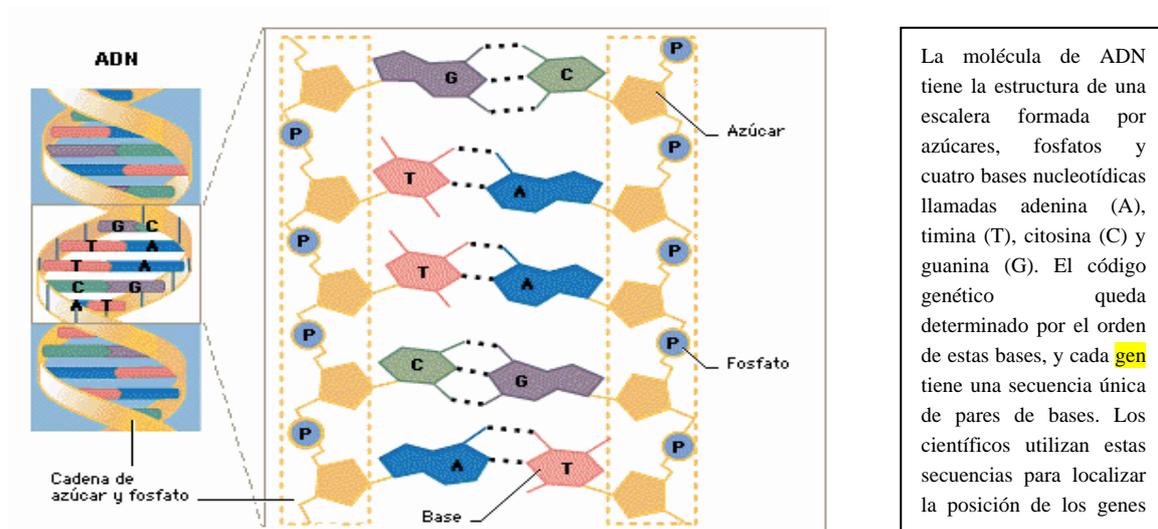
DNA: se presenta disminución de la síntesis de proteínas y enzimas, predomina los procesos catabólicos.

Recambio del DNA: se vuelve más lento, con reducción de la mitosis.¹⁶

El DNA contenido en las mitocondrias es particularmente sensible al daño oxidativa (Véase fig.4), lo que es apoyado al encontrar este tipo de cambios en células cardiaca y nerviosas, no así en las fetales que aun están en desarrollo. Mucho se habla de sustancias antioxidantes, como vitamina E (alfa tocoferol), peroxidadas del grupo hem y las **disputazas** que pueden

¹⁶ MARTINEZ J. I. Y COLABORADORES. GERONTOLOGIA, Ed. Medifam, Vol.12, Diciembre 2002.

augmentar las expectativas de vida (pero no el periodo máximo de vida) en animales de laboratorio lo que las hace muy populares, en especial entre los que practican la llamada medicina anti envejecimiento.



Molécula de ADN *fig.4*

Aunque atractiva, esta teoría no ha podido demostrar que estos cambios estén directamente relacionados con el envejecimiento.

5.2.4 TEORÍA DE LA ACUMULACIÓN DE PRODUCTOS TÓXICOS.

Se basa en la presencia de cuerpos de inclusión que se observan en células que no se dividen: cardiacas, nerviosas y musculares. Se propone que productos como la lipofusina o el amiloide sean de desecho celular, que al acumularse inducen alteraciones funcionales intracelulares que habitualmente acompañan al envejecimiento.

También se ha postulado la acumulación de glucosa en uniones ínter proteicas a partir de complejos moleculares derivados del metabolismo de las reacciones bioquímicas de glucosilación.

Esta teoría se ha apoyado en estudios farmacológicos, en los que sustancias inhibitoras de estos compuestos disminuye la acumulación de radicales libres y de sustancias como el amiloide presente en cerebros envejecidos y en mayor grado en la enfermedad de alzheimer.¹⁷

¹⁷ MARTINEZ J. I. Y COLABORADORES. GERONTOLOGIA, Ed. Medifam, Vol.12, Diciembre 2002.

5.2.5 TEORÍAS GENÉTICAS

Las teorías sobre las telomerazas. También llamadas “enzimas de la inmortalidad”, fueron descritas en 1973 por Olovnikov cuando noto que en el ciclo de replicación celular se pierde una pequeña porción de DNA por incapacidad de la DNA polimeraza para restituir completa y correctamente los telomeros (porciones extremas del material genético) hasta un punto crítico donde se provoca la muerte de la célula (*Véase fig.3*).

Los telomeros se van acortando de tal manera que medirlos puede ser predictivo del potencial mitótico de la célula y ello un criterio de longevidad. Hayflick, que esta de acuerdo con esta teoría, atribuye al telomero la calidad de reloj genético de cada célula en particular, apoyado por la mayor actividad de telomerazas en células germinales y cancerosas.

5.2.6 TEORÍA SOBRE LA PÉRDIDA CELULAR

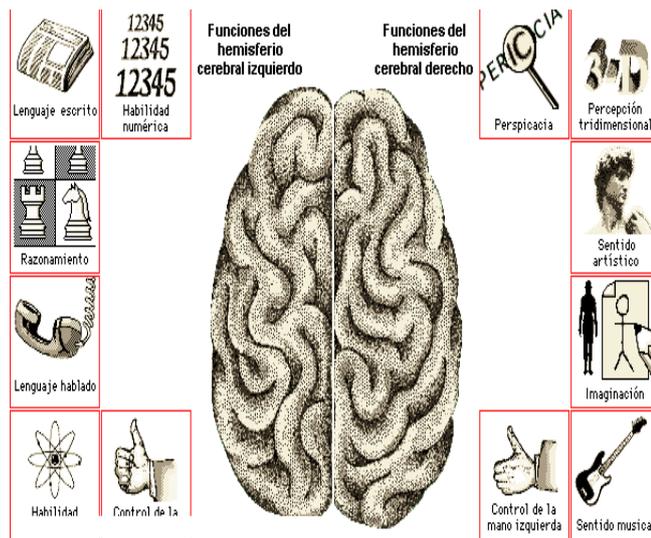
Se sabe que con la edad hay pérdida de células, debido a dos procesos fundamentales: necrosis y muerte celular programada o apoptosis.

La necrosis indica destrucción de la célula cuando sus membranas se lesionan y permiten la activación de enzimas proteolíticas lisosómicas que destruyen los elementos de la misma. En contraste la muerte celular programada se refiere a células que de alguna manera tienen instrucciones en el genoma para desaparecer de modo espontáneo sin lesionar la estructura. La palabra apoptosis, se refiere a la pérdida natural de hojas en plantas y, aunque no es sinónimo de muerte celular programada, esta en voga entre los investigadores y se usa como un término intercambiable, ya que se han relacionado con la muerte celular que puede ocurrir en cualquier momento por fenómenos inmunitarios y cancerígenos. Al parecer, los cambios que ocurren en la apoptosis están relacionados con los llamados factores tróficos, sustancias proteínicas que promueven el metabolismo y crecimiento celular. Al privar un cultivo de células nerviosas de factor trófico de crecimiento neuronal, la muerte de las células sobreviene en horas. Sin embargo, Jonson a demostrado que si ha estas células de cultivo se les bloquea la capacidad de sintetizar proteínas no mueren, lo que implica que la falta de factor trófico favorece la producción de proteínas letales al sistema a las que han llamado “proteínas tanáticas”

El envejecimiento estudia a todos los seres vivos y abarca muchas disciplinas que van desde la investigación básica o experimental que se pueda ocupar de los aspectos biológicos del envejecer, hasta aspectos psicológicos, sociológicos, sociales. También incluye aspectos clínicos.¹⁸

5.2.7 TEORÍA MENTAL

El nivel de maduración psicológica se alcanza con lo que se llama potencialidad del yo que consiste en la capacidad de provocar y soportar tensiones emocionales, sin deterioro de la personalidad y sin angustia, y se expresa en la aptitud para enfrentarse eficazmente a los problemas que impone la realidad y las tareas de la vida (Véase fig.5).



Teoría mental fig.5

Las modificaciones de las funciones psíquicas de la senectud, como son el debilitamiento global de la actividad intelectual, la disminución de la memoria de hechos recientes en tanto que hechos pasados son rememorados con gran facilidad (memoria retrógrada), la rigidez en los juicios e ideas, la hipertrofia del instinto de conservación, la avaricia material y afectiva, se desarrolla a lo largo de muchos años.

La salud mental es un problema sin problema de maduración, socialización y aprendizaje obtenidos a través de la infancia, pubertad, adolescencia y adultez, para lograr el desarrollo pleno de la personalidad. El grado de deterioro y el momento de inicio de la declinación varía según las funciones y según los individuos y solo algunos rasgos tienen relación directa con la edad cronológica.

Hay ciertos cambios medibles en la capacidad intelectual y el desarrollo psicomotor, las habilidades perceptuales y los rasgos de la

¹⁸ MARTINEZ J. I. Y COLABORADORES. GERONTOLOGIA. Ed. Medifam, Vol.12, Diciembre 2002.



personalidad. La inteligencia es una función que cada uno de nosotros espera se vea afectada por la edad, pero parece ser, sin que este plenamente demostrado, que no se deteriora por la edad – antes bien parece incrementarse – y que el deterioro de esta capacidad esta limitado a los últimos periodos de la ancianidad, cuando la degeneración de las estructuras nerviosas se va generalizando.

Cowdry ha puntualizado que si bien es cierto que el cerebro del anciano puede haber cambiado patológicos y discretos, moderados o extensos, tales cambios no guardan una relación matemática exacta con el cuadro clínico del individuo.

Las personas de edad avanzada son capaces de soportar grandes cambios de generatividad en la estructura del sistema nervioso central, sin que por ello se altere su conducta, siempre y cuando su ambiente cultural siga estimulándolos adecuadamente. En el momento en el que el modo de vida de un anciano sufra un cambio radical o brusco como la muerte del cónyuge, la jubilación del empleo, el internamiento en un hospital o un asilo de ancianos, el individuo comienza a decaer irremediabilmente.¹⁹

¹⁹ LA VEJEZ. © Alicia Mederos /Antonio Puente / © Acento Editorial, 1996.

5.3 EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN ÓRGANOS Y CÉLULAS

En humanos, el envejecimiento se materializa en pérdida de flexibilidad de ciertos tejidos y decaimiento de la función de los órganos. Todavía se desconoce la causa biológica que subyace a estas alteraciones pese a tantas teorías creadas (Véase fig.6)



Envejecimiento en órganos y células fig.6

✎ PIEL

EFFECTOS: Pierde espesor y elasticidad (aparición de arrugas).

FACTORES ACELERADORES: Se contusiona más fácilmente al debilitarse los vasos sanguíneos cercanos a la superficie. Proceso acelerado por el tabaquismo y la excesiva exposición al sol.

✎ CEREBRO/SISTEMA NERVIOSO

EFFECTOS: Pierde parte de la capacidad de memorización y aprendizaje a medida que las células mueren. Mayor lentitud de reacción ante los estímulos (los reflejos se debilitan).

FACTORES ACELERADORES: Proceso acelerado por el consumo excesivo de alcohol y otras drogas, y por repetidos golpes en la cabeza.

✎ SENTIDOS

EFFECTOS: Se hacen menos agudos al irse perdiendo las células nerviosas.

FACTORES ACELERADORES: Proceso acelerado por el tabaquismo y la exposición constante a ruidos altos.



✎ PULMONES

EFFECTOS: Se reduce su eficacia al disminuir su elasticidad.

PROCESO ACELERADO: por el tabaquismo, la contaminación del aire y la falta de ejercicio.

✎ CORAZÓN

EFFECTOS: Bombea con menos eficacia, dificultando el ejercicio.

FACTORES ACELERADORES: Proceso acelerado por el consumo excesivo de alcohol y tabaco, y por malos hábitos alimenticios.

✎ CIRCULACIÓN

EFFECTOS: Empeora y aumenta la presión sanguínea al endurecerse las arterias.

FACTORES ACELERADORES: Proceso acelerado por lesiones y obesidad.

✎ ARTICULACIONES

EFFECTOS: Pierden movilidad (rodillas, cadera) y se deterioran debido al desgaste y presión constantes (la desaparición del tejido cartilaginoso entre las vértebras provoca el “encogimiento” típico de la ancianidad).

FACTORES ACELERADORES: Proceso acelerado por lesiones y obesidad.

✎ MÚSCULOS

EFFECTOS: Pierden masa y fortaleza.

FACTORES ACELERADORES: Proceso acelerado por la falta de ejercicio y la desnutrición.

✎ HÍGADO

EFFECTOS: Menor eficacia en el filtrado de toxinas de la sangre.

FACTORES ACELERADORES: Proceso acelerado por el abuso de alcohol e infecciones virales²⁰.

²⁰ Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft

5.4 RASGOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL

1. Es altamente competitiva.

En un tipo de sociedad así, predomina la dialéctica de la producción y el consumo, de la oferta y la demanda. Se entiende que para ser tomado en cuenta hay que producir y hay que consumir. ¿Cómo se considera a sí misma la persona que a causa de su edad ya no figura en la lista de los productores, y cuyo consumo se va limitando al rubro de los medicamentos y pocas cosas más? (Véase fig.7).



Competitividad fig. 7

2. Es efectista.

Característica que viene de la mano de la recién nombrada competitividad: para poder competir en forma hay que ser eficientes; la lógica de la efectividad prevalece sobre cualquiera otra, y se impone a la lógica de la gratuidad, del encanto y de la poesía. Se buscan resultados buenos (es decir, útiles) e inmediatos. Lo no útil, lo que no tiene inmediatamente aplicaciones prácticas, no se considera importante. Así, los hombres y mujeres de esta sociedad trabajamos como ansiosos (se supone que para vivir mejor), nos llenamos de prisas, nos contaminamos unos a otros con nuestras plagas de neurosis de angustia, y a la vez, como estamos tan ansiosos, nunca nos sentimos satisfechos. Por lo mismo, esta sociedad efectista es también causa de muchas frustraciones.



3. Es masificada.

Vivimos en una sociedad donde cada vez los centros urbanos adquieren mayor importancia, mientras los rurales la pierden. Para tener acceso de una manera más eficiente a los servicios elementales de salud y educación, la gente va acudiendo en forma imparable hacia los centros urbanos más importantes. De este modo las ciudades grandes crecen de una manera desorbitada, y se forman inmensas metrópolis donde, paradójicamente, la vida se hace cada vez menos "vivable", aumenta la despersonalización, los espacios libres son escasos, aumenta la contaminación atmosférica y acústica, y para poder vivir un poco mejor el hombre urbano huye del tumulto de la gran ciudad cada vez que puede; ansía encontrarse con la naturaleza. ¿Cómo se siente en esa urbanización de la gran ciudad el hombre y mujer de edad ya avanzada, quien teóricamente dispone de tiempo para el encuentro personal, pero que no goza de la paz necesaria ni de los espacios adecuados para practicar dichos encuentros?

4. Es sociedad de relativismo valórico.

Hablar de valores ha sido siempre asociado a conceptos de permanencia y continuidad a través del tiempo; los valores eran perennes, no podían cambiar: lo bueno siempre era bueno, y lo malo, malo. A la vez, eran considerados con un carácter de cierta universalidad: lo valórico en un lugar, también era considerado así en otros lugares, especialmente si se trataba de valores importantes. Hoy muchos se preguntan si se puede hablar de valores verdaderamente universales, que sean aceptados de la misma forma en casi toda la geografía de nuestro extenso mundo; mas bien creen que se ha producido una grave mutación en el campo de la percepción valórica, y que ya algunos valores que parecían importantes, hoy no se consideran así, y que otros lo son pero sólo en determinados ámbitos espaciales o personales. Es lo que se ha venido en llamar relativismo moral: como si valores tan importantes como la verdad, justicia, responsabilidad laboral, honestidad profesional, amor y sexualidad, etc. fueran apreciados y tomados en cuenta de manera muy distinta por unas personas y otras.

5. Es una sociedad "acelerada".



fig.8

Los estudiosos de las transformaciones sociales aseguran que vivimos una aceleración histórica sin precedentes: las transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas, culturales (¿morales?) a las que asistimos, son casi vertiginosas (Véase fig.8). Se habla de un síntoma psicosociológico denominado "shock de futuro" y que consistiría en una especie de miedo de muchas personas a quedar atrasadas, a no vivir no ya

el presente sino alejadas del futuro. Se aprecia este síntoma por ejm. en el campo de la tecnología electrónica y computacional: al adquirir un producto de este rubro, (por actual que sea) casi siempre existe la conciencia de que es un producto casi obsoleto y ya superado. Y no todas las personas son capaces de encajar serenamente esa realidad, lo cual les produciría un cierto shock o desadaptación. ¿Cómo puede sentirse en un ambiente así una persona mayor, quien por definición, carece ya de una capacidad rápida de adaptación?

6. Es una sociedad de familia nuclear.



fig. 9

Ya en la mayoría de los lugares ha perdido vigor la antigua familia extensa, la familia de la casa grande, casi patriarcal, en la que compartían naturalmente abuelos, padres e hijos, y a veces tíos y primos (Véase fig.9). Era casi obvio que las distintas generaciones compartieran vivienda, alimentación, recreación y conversación. Abuelos y

nietos se cruzaban en los pasillos y habitaciones de la casa, y se transmitían de unos a otras tradiciones, costumbres, inquietudes y problemas. El abuelo, el "adulto mayor", era figura importante en esa transmisión de cultura, y él se sentía importante; en la familia extensa había un sitio para él, y en ese sitio cumplía un rol que era irremplazable. En la sociedad



actual no hay espacio para ese tipo de familia; esta se ha reducido al núcleo mínimo de padres e hijos (muy pocos). ¿Qué rol pueden desempeñar muchas personas mayores en un lugar donde ya no se les da cabida?

7. Es una sociedad en la que se ha prolongado la vida cronológica.

Hoy el ciclo de vida es más largo que antaño, la gente vive más tiempo que antiguamente, la adolescencia es también más larga que antes. Pero no se ha resuelto el modo de vida, el cómo vivir estos años de prolongación. ¿La biografía de las personas que viven más tiempo, es también una biografía más intensa e interesante, o el individuo la siente como estéril y vacía de contenido?

8. Es una sociedad en la que existen signos de sensibilidad y solidaridad.

A pesar de algunos de los factores negativos que hemos nombrado hasta ahora, existen otros que son positivos: muchos jóvenes, y también adultos, tienen clara conciencia de la igualdad básica entre todos los seres humanos, sean hombre o mujer, o de la raza y condición social que sean. Se ha desarrollado con fuerza la toma de conciencia respecto a la defensa de los derechos humanos en general, y de los derechos de la mujer en particular; hay un mayor sentido de justicia y de que la existencia de multitudes azotadas por el hambre, que apenas sobreviven en condiciones inhumanas, es una flagrante injusticia que clama al cielo. Junto a esta mayor sensibilidad que se percibe en ciertos sectores de la población, se ha desarrollado también una mayor sensibilidad hacia la defensa de la naturaleza y del equilibrio ecológico.²¹

²¹ joluis@ctc-mundo.net. *investigaciones sociales*

5.5 EFECTOS PSICOLÓGICOS EN EL ADULTO MAYOR

Vistos a grandes trazos algunos de los rasgos de la sociedad actual, podemos ahora referirnos a algunos aspectos psicológicos del adulto mayor.

1. Pérdida de Autoestima.

Sabemos que la manera de percibirse es lo que permite la propia evaluación, y que esta última (propia evaluación) es el proceso psíquico conocido como Autoestima (Véase fig.10) Que nuestra autoestima sea positiva o negativa, en alza o en baja, no es indiferente; de nuestra autoestima depende la manera que cada uno tiene de enfrentar la vida, valorarse a sí mismo y valorar a los demás, y de ella depende en gran medida también, la manera más o menos airosa, exitosa, que cada uno practica para enfrentarse

a los conflictos y dificultades de la vida.



(Véase fig.10)

El hombre o mujer actual, enfrentado a la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad con las características que hemos enumerado en el apartado anterior, es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social. Es fácil que se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él. Y a nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia sea tan necesaria. No es raro, por lo tanto, que algunos (quizá muchos) ancianos sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio menoscabo.

2. Pérdida del significado o sentido de la vida.

Dice VICTOR FRANKL que el vacío existencial es la neurosis masiva de nuestro tiempo; ella se produce cuando el propio ser, la propia existencia, carece de significación. Una vivencia tal acerca del propio Yo, puede desencadenar una serie de síntomas depresivos. Pues bien, es posible que la persona de la tercera edad caiga en ese tipo de depresión a causa de que su vida, tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado.

Es cierto, sin embargo, que esta experiencia negativa de sí mismo, no se aprecia en personas mayores y ancianas que sean más intelectuales o que permanezcan mentalmente activas. Estos hombres y mujeres, ancianos pero mentalmente activos, son también capaces de enfrentarse a la muerte con mayor serenidad que aquellos otros cuya vida carece de sentido según su propia percepción.

3. Pérdida de la facilidad de adaptación.

Al llegar a una edad mayor, la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella, y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo: nunca los intereses han sido ni serán los mismos para todos o la mayoría de las personas, sean de la edad que sean; pero ahora, a esta edad, el problema se agudiza, pues viene sazonado de otros tintes de marginación social. Por eso el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación: son las motivaciones o refuerzos sociales. Al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.

Así, puede aparecer como persona algo rígida, "chapada a la antigua", aferrada a su sola experiencia tan importante para él o ella, pero que siente que la sociedad no se la valora en la forma que la persona anciana considera que sería lo justo. La agresividad y fácil irritabilidad (verbal o gestual) que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la propia difícil adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos.²²

²² joluis@ctc-mundo.net. *La familia y la sexualidad del anciano. Familia. n° 13. Mayo 1996. Univ. Pontificia, Salamanca.*

5.6 ABANDONO O DESPLAZAMIENTO SOCIAL

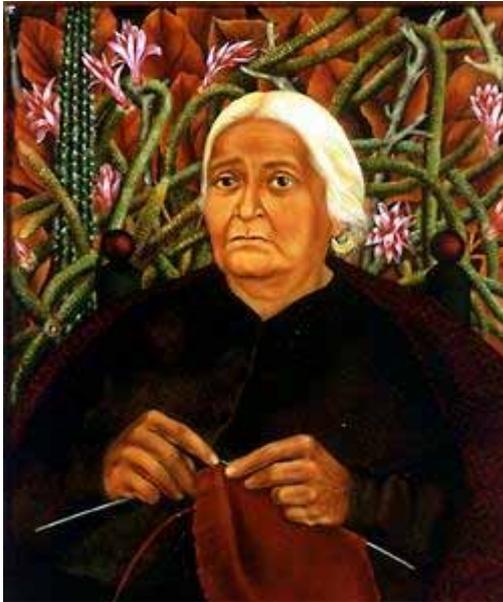


fig.11

Doña Rosita Morillo

Frida Kahlo, una de las pintoras más famosas de México, mostró en su arte su herencia cultural.

Una de las razones más comunes es cuando una persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece (Véase fig.11). Situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, etc. Siendo esta última de gran importancia para el fortalecimiento y crecimiento de una familia.

Al producirse un quiebre en los puntos antes nombrados (comunicación, afectividad, etc.), la tercera edad se repliega o es desplazada a un "rincón" del hogar, reduciéndose su mundo social provocando en el sujeto (tercera edad) una serie de repercusiones tales como abandono familiar social, aislamiento transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estadios de ánimo, etc.

Otro de los casos recurrentes es en situaciones en donde el sujeto de la tercera edad es padre o madre y recibe a su hijo (a) con su familia (allegados), siendo estos una apropiamiento del hogar en una forma temática y paulatina de este (hogar), desplazando al sujeto en estudio a dependencias reducidas el ignoro de su opinión y/o en muchas situaciones se produce un ambiente de agresión tanto físico, verbal y psicológico, ocasionando en el agredido daños psicológicos, neuronales, emocionales, conductuales y en algunos casos físicos que por la avanzada edad del sujeto son daños irreparables médicamente hablando.



Cuando el sujeto en cuestión pertenece a un grupo familiar extenso y nadie de los componentes de la familia se quiere preocupar o hacerse cargo del cuidado de este. Viviendo periodos cortos en los hogares de quien le haya tocado el turno de cuidarlo, haciendo sentir que es una carga. Circunstancia que lo lleva a estados de depresión, desequilibrio emocional, rechazo y el estado anímico decae, llevándolo a cuadros depresivos que en muchos casos se desea que llegue al momento de morir para llegar al término de su calvario. Siendo esta etapa de la vida la más dura y triste para una persona que debería disfrutar y descansar con agrado hasta el término de su vida, instancia que todo persona desea.

Las situaciones antes descritas son unas de las muchas que existen a diario en perjuicio de las personas de la tercera edad, situaciones que tienen una repercusión dañina para un grupo familiar y para la sociedad en sí.

Existe una perdida de identidad para la familia y la sociedad, se extingue la historia que se trasmite verbalmente, sabiduría que se adquiere a través de los años y el adulto mayor la posee.²³

²³ <http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=abandono+del+adulto+mayor&spell=1>

5.7 TIPOS DE ABANDONO

5.7.1 ABANDONO PASIVO



fig. 12

El abandono pasivo se presenta generalmente como negligencia o maltrato. Dentro de este tipo de maltrato se distingue el abandono físico pasivo que

ocurre cuando las necesidades físicas (alimentación, abrigo, higiene, etc.) no son atendidas, temporaria o parcialmente por ningún miembro de la familia (Véase fig.12). También existe el abandono emocional que es la falta de respuesta a necesidades de contacto afectivo del adulto mayor, (ausencia de contacto corporal, caricias e indiferencia frente a los estados anímicos del adulto).

5.7.2 ABANDONO ACTIVO



fig.13

Por abandono o maltrato activo se entiende a cualquier acción directa y no accidental realizada por un familiar dirigido a otro. Por ejemplo tenemos el

maltrato físico activo que se refiere a cualquier acción, no accidental, por parte de los hijos o cuidadores, que provoque daño físico o enfermedades en los adultos mayores. El maltrato o abandono activo también toma la forma emocional, y se presenta bajo la forma de hostilidad verbal crónica (insultos, burlas, desprecio, etc.) y constantes bloqueos a las iniciativas, por parte de cualquier miembro de la familiar²⁴(Véase fig.13).

²⁴http://www.nuevimirada.cl/entrevista_2.htmlNueva Mirada

5.8 EFECTOS DEL ABANDONO

El abandono o desplazamiento tiene consecuencias sobre las personas como ser social y problemas que afectan directamente sus emociones, salud, sentimientos, etc. (Véase fig.14).



Efectos del abandono fig.14

La tercera edad es afectada en un principio con un abandono social familiar, es decir, se rompe la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos pasan al olvido en combinación con el aislamiento desplazando al sujeto a un margen del olvido que es una persona y no un objeto que sirve para decorar el hogar.

Los lazos afectivos se rompen ocasionando un quiebre dentro de una familia al igual que las personas afectadas. La comunicación se interrumpe cortando toda relación e interacción entre los componentes familiares y el sujeto de la tercera edad.

Sus emociones también sufren un cambio en el proceso del olvido, transformándose (adulto mayor) en personas sensibles y 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.

La conducta se transforma su sensibilidad crece y todo a su alrededor le molesta, ruidos, cosas en general, etc. Como por ejemplo si un niño pasa corriendo le molestará reaccionado en forma violenta y agresiva en el trato que tendrá con el niño. Esto a su vez provoca un mayor aislamiento en perjuicio de sí mismo.

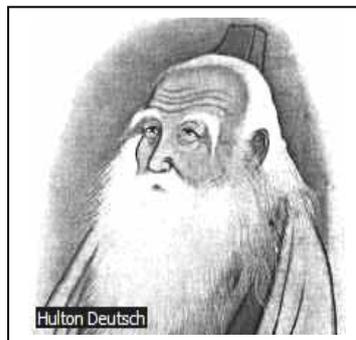
La soledad que afecta al adulto mayor se ve reflejada muchas veces en el desear la muerte, para no ser carga de nadie y también para no ser una

molestia. Anímicamente decaen siendo vulnerables a cualquier cosa que los pudiese afectar.

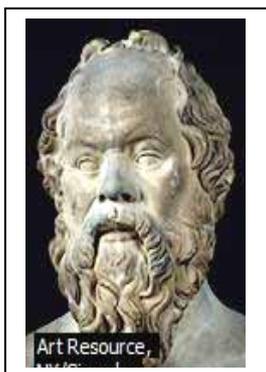
La salud psicológica se ve afectada, la percepción de la realidad cambia no es la misma que los demás perciben, a esto último debemos agregarla responsabilidad que tienen el abuso físico que muchos adultos mayores sufren por parte de sus familiares (hijos, nueras, yernos, nietos, etc.), esto además de los estímulos externos, en sus alteraciones nerviosas, etc. Ocasionando un desequilibrio en su personalidad afectan sus relaciones como ser social.²⁵

5.9 DERECHOS DEL ADULTOS MAYORES

*"El que sabe, no habla;
el que habla, no sabe".*



Lao- tsé fig.15



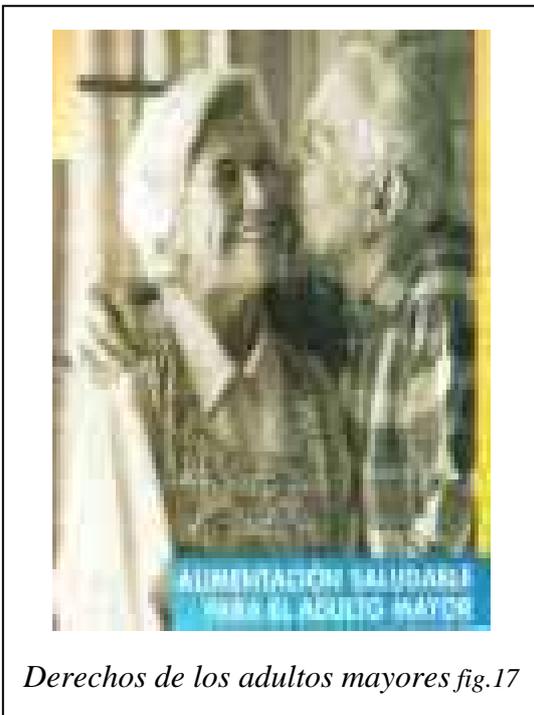
Sócrates fig.16

*Haciendo preguntas a sus
discípulos, para que ellos
descubrieran la verdad
con su propia reflexión.*

Declaración de la Federación Internacional de la Vejez (FIV) sobre los derechos y las responsabilidades de las personas de edad.

²⁵ <http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=abandono+del+adulto+mayor&spell=1>

La Federación Internacional de la Vejez, reconociendo las aportaciones que las personas de edad hacen a sus respectivas sociedades y apreciando la enorme diversidad de situaciones (*Véase fig. 15 y 16*), no sólo entre los países sino también dentro de cada país y entre las personas mismas, teniendo presentes las normas ya establecidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, así como en otras declaraciones aprobadas con objeto de garantizar la aplicación de normas universales a grupos determinados, proclama los siguientes derechos de las personas de edad que se les debe garantizar con medidas nacionales e internacionales apropiadas de manera que gocen de protección y puedan seguir aportando su contribución a la sociedad, así como las responsabilidades reconocidas por ellas: (*Véase fig. 17*)



Derechos de los adultos mayores fig.17

1. Las personas de edad avanzada tienen derecho a vivienda, alimentos, agua, ropa y atención sanitaria adecuados mediante el suministro de ingresos, el apoyo de la familia y la autoayuda.
2. Las personas de edad avanzada tienen derecho a trabajar y a hacer uso de otras oportunidades de generación de ingresos sin barreras basadas en la edad.
3. Las personas de edad avanzada tienen derecho a jubilarse y a participar en la determinación del momento y la forma en que han de retirarse de la fuerza de trabajo.
4. Las personas de edad avanzada tienen derecho a tener acceso a los programas educativos y capacitación con objeto de mejorar la alfabetización, facilitar el empleo y permitir la planificación y adopción de decisiones con conocimientos de causa.
5. Las personas de edad avanzada tienen derecho a vivir en ambientes seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades cambiantes.



6. Las personas de edad avanzada tienen derecho a residir en su propio hogar durante tanto tiempo como sea posible.
7. Las personas de edad avanzada tienen derecho a seguir integradas a la sociedad y a participar activamente en ella, incluido el proceso de desarrollo y la formulación y aplicación de políticas que afecten directamente a su bienestar.
8. Las personas de edad avanzada tienen derecho a compartir sus conocimientos, sus capacidades, sus valores y su experiencia con las generaciones más jóvenes.
9. Las personas de edad avanzada tienen derecho a tratar de encontrar y desarrollar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de servir como voluntarias en cargos apropiados a sus intereses y capacidades.
10. Las personas de edad avanzada tienen derecho a crear movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.
11. Las personas de edad avanzada tienen derecho a recibir apoyo y cuidados de la familia, de acuerdo con la situación de ésta.
12. Las personas de edad avanzada tienen derecho a recibir servicios de salud que les ayuden a mantener o volver a adquirir un nivel óptimo de bienestar físico, mental y a impedir o retrasar las enfermedades.
13. Las personas de edad avanzada tienen derecho a tener acceso a servicios sociales y jurídicos con objeto de mejorar sus posibilidades de autonomía y de brindarles protección y cuidados.
14. Las personas de edad avanzada tienen derecho a utilizar niveles apropiados de atención en instituciones que les proporcionen protección, servicios de rehabilitación y estímulo social y mental en un ambiente humano y seguro.
15. Las personas de edad avanzada tienen derecho a ejercer sus derechos humanos y sus libertades fundamentales cuando residan en instalaciones de albergue, de atención o de tratamiento, incluido el pleno respeto a su dignidad, creencias, necesidades y su vida privada, y el derecho a adoptar decisiones acerca de la atención que reciban y de la calidad de su vida.
16. Las personas de edad avanzada tienen derecho a hacer uso de todas las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
17. Las personas de edad avanzada tienen derecho a tener acceso a los recursos educacionales, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.



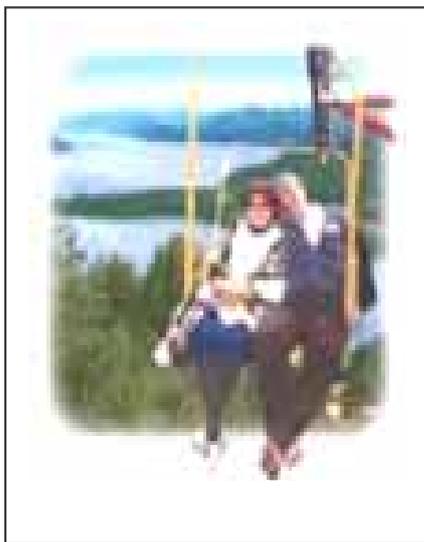
18. Las personas de edad avanzada tienen derecho a ser tratadas con equidad cualesquiera sean su edad, sexo, orígenes raciales o étnicos, impedimentos o su situación de cualquier tipo, y a ser valoradas independientemente de sus aportaciones económicas.

19. Las personas de edad avanzada tienen derecho a vivir con dignidad y seguridad, libres de explotación y de maltrato físico o mental.

20. Las personas de edad avanzada tienen derecho a ejercer autonomía personal en la adopción de decisiones en materia de salud, incluido el derecho de morir con dignidad, aceptando o rechazando tratamientos encaminados únicamente a prolongarles la vida.

5.10 RESPONSABILIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES

En constancia con los valores individuales y en tanto que la salud y las circunstancias personales lo permitan (*Véase fig. 18*), las personas de edad avanzada deberán tratar de:



Responsabilidades fig.18

1. permanecer activas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles,
2. aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida,
3. aprovechar los programas de alfabetización que se les ofrezca,
4. hacer planes y prepararse para la vejez y la jubilación,
5. actualizar sus conocimientos y aptitudes, según fuera necesario, a fin de aumentar sus posibilidades de obtener empleo si desearan participar en la fuerza laboral,
6. ser flexibles, junto con los demás miembros de la familia, en lo que se refiere a ajustarse a las demandas de las relaciones cambiantes,
7. compartir sus conocimientos, aptitudes, experiencia y valores con las generaciones más jóvenes,
8. participar en la vida cívica de su sociedad,

9. buscar y desarrollar posibles formas de prestación de servicios a la comunidad y
10. adoptar decisiones con elementos de juicio acerca de la atención de su salud e informar a su médico y familiares sobre el tipo de atención que desean recibir en caso de sufrir una enfermedad incurable.²⁶

5.11 ASILO O CASA HOGAR DEL ADULTO MAYOR

“La ancianidad es una experiencia común, ligada a lo humano como tal. Y, no obstante, es la única etapa del desarrollo que no se disfruta como un estatuto social positivo; al contrario, en nuestra sociedad, se la considera negativamente.



Asilo fig. 19

(...) Sin embargo, tanto la experiencia como la investigación demuestran que la vejez puede ser un tiempo propicio para el crecimiento"Opinión de Renée Salomón

Las Residencias de ancianos ya no son los antiguos asilos de ancianos aunque hay mucha gente que todavía los llama así. No es justo. Decimos que el abuelo o la abuela (o los suegros, o los propios padres) son un problema, cuando lo que sucede es que tienen un problema -la vejez lo es, se mire como se mire- y no pueden, por sí solos, enfrentarse a él. Que las ciudades son cada vez más grandes y las casas cada vez más pequeñas es una verdad sólida como las piedras. A pesar de las facilidades que las Administraciones vienen prestando a los ancianos en materia de asistencia social y domiciliaria, tranquilidad y comodidad están, en principio, más garantizadas en una residencia de ancianos, residencia de la tercera edad, geriátricos o asilos de ancianos (pública o privada) que en el piso propio. Las residencias de ancianos, geriátricos -sobre todo las más modernas- están pensadas con criterios ergonómicos hados, es decir, todos sus elementos, escaleras, cuartos de baño, comedores, peluquería,

²⁶ <http://www.geriatricas.com/contenidos/infasalud/derechos.asp>



enfermería, etc., tienen las formas y tamaños más adecuados para los potenciales usuarios como es el caso del asilo Miguel Hidalgo que incursiona el albergue a adultos mayores en el año de 1953 en el periodo del Gobernador Dámaso Cárdenas, surge por la necesidad de solucionar la creciente indigencia del adulto mayor en el centro de la Ciudad, ubicado en un inicio el en actual edificio de la Cruz Roja de la Avenida Ventura Puente, un tiempo después trasladándose a su actual ubicación en la Avenida Acueducto N° 1697 de la Colonia Matamoros. (Véase fig. 19).

5.12 LA FILANTROPÍA

El término surgió en el siglo XVII, cuando el Estado y ciudadanos seculares se hicieron cargo de las funciones de caridad que anteriormente desempeñaban los religiosos.

El impulso filantrópico es tan antiguo como la humanidad. En muchas sociedades, la ruptura de los grupos unidos por lazos de parentesco debido a la nueva ordenación de las ciudades, hizo que el Estado tomara medidas para ayudar a los pobres, los desamparados y los minusválidos. Análogamente, todas las grandes religiones (el judaísmo, el cristianismo, el budismo y el Islam) reconocían y promovían el deber de los ricos de ayudar a los menos afortunados. Durante la edad media, se creó en Europa una importante red de asilos, hospitales y orfanatos, mantenidos gracias a los donativos de los grupos más ricos y a las colectas que hacían las iglesias. Sin embargo, con la aparición de las modernas naciones Estado, los gobiernos seculares reemplazaron a las iglesias, y ellos pasaron a ser los principales filántropos.

En la actualidad, la filantropía se asocia con el desembolso de riqueza por parte de individuos y, especialmente, con la recogida de fondos por parte de organizaciones que no actúan por ánimo de lucro. Uno de los filántropos más famosos fue Alfred Bernhard Nobel, que utilizó los beneficios derivados de la industria de explosivos para mantener la institución de los premios Nobel. Otro gran filántropo fue Andrew Carnegie, que dedicó el final de su vida a repartir su enorme fortuna ganada con la industria del acero. Siguiendo los principios desarrollados en su ensayo *Gospel of Wealth* (Evangelio de riqueza, 1889), Carnegie devolvió 300 millones de dólares a la sociedad, principalmente a través de fundaciones y trusts.²⁷

²⁷ Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation.



5.13 CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES



Cuidado de los adultos mayores fig.20

¿Qué es el cuidado de los ancianos?

En general, las personas están viviendo más y mejor por períodos de tiempo más prolongados. Esto ha creado un área relativamente nueva y creciente de servicios para el cuidado de la salud y proveedores de dichos servicios, que se conoce como el cuidado de los ancianos (Véase fig. 20).

El cuidado de los ancianos incluye una amplia variedad de aspectos, incluyendo la selección del médico adecuado para la atención del paciente anciano y la toma de decisiones acerca del traslado del anciano desde su hogar a una residencia que proporcione los cuidados necesarios. El sector de la población de más rápido crecimiento es el de las personas de 65 años de edad o mayores. Muchas personas ancianas tienen vidas independientes, activas y saludables. Sin embargo, a medida que las personas alcanzan los ochenta y noventa años de edad, aumenta el número de ancianos que necesitan atención para realizar las actividades de la vida cotidiana, y al mismo tiempo que aumentan las responsabilidades de las personas que cuidan de ellos.²⁸

²⁸ROSSJANKI S. Y MATUSEVICH D. GERIATRÍA, Tomo 9 Enero - Marzo 1989.

5.14 DEPENDENCIAS PARTICIPANTES EN LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR



ONU

fig. 21

Muchos problemas globales han sido considerados en una serie de conferencias especiales por la ONU (Véase fig. 21), entre las que se encuentran la Conferencia sobre el Entorno Humano (1972), la Conferencia sobre Población Mundial (1974), la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer (1975), la Conferencia sobre Asentamientos Humanos, o sobre el Hábitat (1976), la **Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (1982)** y la Cumbre Mundial para los Niños (1990).²⁹

a problemática que presentan los ancianos ha sido motivo de atención permanente por organizaciones internacionales OMS y OMU, que la definen como imperativa en la política de Salud Pública del fin de este siglo (Véase fig. 22).



OMS

fig. 22

La Ley 100 en su Libro IV y los decretos reglamentarios 1135 de 1994 y 1387 de 1995 responsabiliza al Estado de los auxilios para cubrir los costos de salud y complementarios para el mejoramiento de la calidad de vida de los mayores de 65 años sanos y de 50 años discapacitados en extrema pobreza e indigencia, responsabilidad que en 1995, en el Consejo Nacional de Política económica se comparte con las organizaciones gubernamentales de todo orden, las no gubernamentales y la sociedad civil.

Previamente, desde 1968 hasta 1975 y posteriormente desde 1987 hasta 1990 (creación de la Ley 10), ha sido competencia del ICBF, delegada entre 1975 y 1985 al Consejo y al Fondo Nacional de Protección al

²⁹ Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Anciano (creado por la Ley 29/1975) en coordinación con el Estado y entre 1985 y 1987 a los municipios (Decreto 77/1985). A partir de 1990 la Ley 10 y posteriormente con la Ley 100 de 1993 se habla de salud como servicio público, universal, Estatal, parte del sistema de seguridad social integral y no exclusivamente asistencial como se venía manejando. En la actualidad se considera que la responsabilidad en cuanto al Adulto Mayor es Estatal a través de diferentes entidades tales como la red de Solidaridad Social, el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Salud Pública (IMSS, ISSSTE y DIF) y otras entidades en asocio con ONG involucrando en sus planes y programas la competencia de los departamentos y municipios hasta entidades públicas y privadas, incluyendo ONGs y asociaciones de participación y sus recursos.³⁰

fig. 23



México ha venido desarrollando acciones a favor de las personas mayores desde mucho antes de la Asamblea Mundial, las que fueron reforzadas en junio del 2002 con la aprobación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Ésta encargó al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (Véase fig. 23), la misión de coordinar la atención de este grupo con las distintas entidades institucionales y la sociedad civil. Actualmente se está desarrollando un Programa

Nacional Gerontológico que ha permitido ofrecer capacitación laboral y financiamiento de proyectos productivos, contar con clubes y centros culturales para mayores, servicios psicológicos, y unidades móviles que atienden a personas mayores en zonas marginadas y rurales.

El INAPAM administra centros de atención integral y unidades gerontológicas. Además promueve la capacitación de recursos humanos especializados, el conocimiento de la población mayor, y la eliminación de los estereotipos.

³⁰ http://www.abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/300/pagina/6/perspectivas_adulto.html

Página Oficial de la Red de Solidaridad Social - www.Red.gov.co

à Página Oficial del Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE - www.dane.gov.co



Un avance importante en este sentido es el trabajo en la transmisión de valores, con los programas "Abuelos en busca de amigos", que reúne a adultos mayores y menores infractores de ley en actividades culturales, artísticas y deportivas, y "Abuelas y abuelos cuenta cuentos", que pone la narración al servicio de los lazos entre niños y adultos mayores en parques y escuelas primarias.³¹

³¹ http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/20633/boletin_envejecimiento.pdf



VI. HIPÓTESIS.

6.1. HIPÓTESIS NULA.

- ◀ No existe abandono en los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo.

6.2. HIPÓTESIS ALTERNA.

- Si existe abandono en los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo.



VII. MATERIAL Y MÉTODO.

7.1 UNIVERSO DE ESTUDIO:

Todos los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo.

7.2 TAMAÑO DE MUESTRA:

El 100% de la población de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo.



7.3 DISEÑO DE ESTUDIO.

- ❖ RETROSPECTIVO.

- ❖ TRANSVERSAL.

- ❖ DESCRIPTIVO.

- ❖ OBSERVACIONAL.



7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

7.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Todos los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo.

7.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Todos los residentes geriátricos que no sean del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo.

7.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Todos los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo que no quieran participar en el estudio.



7.5 VARIABLES.

7.5.1 INDEPENDIENTES:

- Factores personales (Edad, Sexo, Estado civil).
- Factores sociales (Amigos, Familia, Empleados, culturales).

7.5.2 DEPENDIENTES:

- Abandono.



VARIABLES	TIPO DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
ABANDONO	DEPENDIENTE	ACTO UNILATERAL, POR EL QUE EL TITULAR DEL DERECHO EVIDENCIA SU RENUNCIA AL MISMO, DESPRENDIÉNDOSE POR VOLUNTAD PROPIA DE LA COSA SIN NECESIDAD DE NINGÚN TIPO DE FORMALIDAD	PROCESO DELIBERADO DE FORMA ACTIVA Y PASIVA	NOMINAL ♦ ACTIVA ♦ PASIVA	ENCUESTA ESTRUCTURADA
HOGAR DE ANCIANO	DEPENDIENTE	ESTABLECIMIENTO DESTINADO FUNDAMENTALMENTE AL ALOJAMIENTO, PARA MANTENER EL BIENESTAR PSÍQUICO Y SOCIAL DE LA POBLACIÓN DE MÁS DE 65 AÑOS DE EDAD, CUYA SITUACIÓN DE SALUD NO ALTERE O PONGA EN RIESGO LA NORMAL CONVIVENCIA		NOMINAL ♦ DIF ♦ PARTICULARES ♦ AYUNTAMIENTO	ENCUESTA ESTRUCTURADA



<p>FACTORES SOCIALES</p>	<p>INDEPENDIENTES</p>	<p>ELEMENTO QUE CONTRIBUYE PARA QUE REALICE CAMBIOS EN EL GRUPO SOCIAL AL QUE PERTENECE.</p>	<p>PERSONAL PROFESIONAL DE LA INSTITUCIÓN. COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA PERSONAS QUE NO HABITAN EN EL ASILO</p>	<p>NOMINAL ♦ PROFESIONAL ♦ NO PROFESIONAL ♦ FAMILIA ♦ AMIGOS</p>	<p>ENCUESTA ESTRUCTURADA</p>
<p>FACTORES PERSONALES</p>	<p>INDEPENDIENTES</p>	<p>CARACTER PERSONAL QUE INTERBIENE EN LA PERCEPCIÓN Y DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS DEL INDIVIDUO.</p>	<p>EDAD ESTADO CIVIL SEXO</p>	<p>CONTINUA 45 a 59 años, prevejez 60 a 79 años, vejez 80 y más años ancianidad NOMINAL ♦ Soltero ♦ Casado ♦ Separado ♦ Unión libre ♦ Divorciado ♦ Viudo NOMINAL ♦ Masculino ♦ Femenino</p>	<p>ENCUESTA ESTRUCTURADA</p>



7.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La metodología empleada se basa en la entrevista, revisión de expediente y trato directo con el adulto mayor en el asilo o casa hogar; así como, entrevista al personal de la institución. La información se recoge en un cuestionario estructurado, hecho ex profeso para las variables en cuestión.



7.7 MANEJO DE DATOS.

Se utilizó el programa SPSS versión 10.0 para Windows, lo que permitió agrupar las variables por categorías, así como la elaboración de tablas de distribución de frecuencias en tabla de contingencia donde el estadístico de prueba fue Chi- Cuadrado de Pearson, representándose cifras estadísticamente significativas cuando el $P_valor < .05$. Para los gráficos se utilizó el programa Excel para Windows, y en el procesamiento de los textos se realizó el Microsoft Word para Windows.



7.8 RECURSOS.

7.8.1 RECURSOS HUMANOS.

- 1 Investigador (J. M. P. N.)
- 1 Colaboradora (S. A. G.)
- Los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo.

7.8.1 RECURSOS FISICOS.

- El asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia, Michoacán de Ocampo.
- Escuela de la Licenciatura en Enfermería.
- Ciber café.
- Computadora personal.

7.8.3 RECURSOS FINANCIEROS.

- Los utilizados por el investigador.



7.9 ÉTICA DE ESTUDIO.

Todos los resultados obtenidos en la investigación serán manejados en forma confidencial por el investigador, solo serán manejados los datos para la información de resultados en forma general.

VIII. RESULTADOS

Se reclutaron 31 pacientes residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo con una edad máxima de 97 años, una mínima de 67 años, una media centrada en 78.42 y una desviación de 8.74 (*véase cuadro y grafico N° 1*), el 64.5% (20) de los residentes son varones y el 35.5% (11) son mujeres (*véase cuadro y grafico N° 2*), lo que respecta a su estado civil se concentra en un 58.1% (18) solteros, el 22.6% (7) viudos, el 16.1% (5) casados y el 3.2% (1) se encuentra separado de su pareja (*véase cuadro y grafico N° 3*). De esta muestra el 77.4% (24) pertenece al Estado de Michoacán y el 22.6% (7) pertenecen a otro Estado (*véase cuadro y grafico N° 4*). De su ingreso al asilo 51.6% (16) fue por visita domiciliaria, 12.95% (4) por el DIF de Morelia, 12.5% (4) DIF de otros municipios de Michoacán, 12.9% (4) por intercambio con otro asilo y 9.6% (3) por medio de otras instituciones.

Con el fin de precisar el **abandono de los familiares**, se cruzaron 2 variables en un cuadro de contingencia entre; ¿vive su conyugue? Y ¿cada cuando lo visitan?, esto, reveló que a un viviendo la pareja del adulto mayor nunca lo visita 6.5% (2) y el 48.4% (15) que no tiene pareja y nunca son visitados, lo que suma 54.8% (17) de la muestra que nunca reciben visita y el resto solo en algún momento lo visitan 45.2% (14), (*véase cuadro y grafico N° 5*). Al querer saber cada cuando lo visitan cruzamos las variables; ¿Lo visita algún familiar? Y ¿Cada cuando lo visitan?, el cual reflejó que el 54.8% (17) ningún familiar lo visita y solo el 45.2% (14) en raros momentos son visitados (*véase cuadro y grafico N° 6*) (**Person Chi-Square= 31.000^a, 3, 0.05, p=.000**). De los adultos mayores no visitados el 41.9% (13) son del Estado de Michoacán y el 12.9% (4) corresponde a otros Estados, de los 45.2% (14) visitados en algún momento, el 35.5% (11) son de Michoacán y el resto de otros Estados 9.7% (3) (*véase cuadro N° 7 y grafico*

Nº 4). Las pocas visitas del 45.2% (14), se da en un 19.4% (6) por los sobrinos lo que indica un escaso interés de los otros familiares, seguido por la visita de los hijos en un 16.1% (5), por los hermanos 6.5% (2) y finalmente los tíos en un 3.2% (1) (véase cuadro y gráfico Nº 7).

El abandono familiar se complementa al analizar las variables; ¿se siente abandonado en el asilo? y ¿lo visita algún familiar?, donde el 64.7% (11) se sienten abandonados no son visitados y el 35.3% (6) no se sienten abandonados visitados. 45.2% (14) son visitados (véase cuadro y gráfico Nº 8).

Para determinar el **tipo de abandono** en el adulto mayor se cruzaron 2 variables en un cuadro de contingencia entre; ¿sus familiares le apoyan con despensa y/o cantidad de dinero para comprar alimento, ropa y utensilios de aseo personal? Y ¿si lo apoyan económicamente lo hacen?, presentándose un 77.4%(24) que nunca reciben apoyo económico ni apoyo familiar, un 3.2% (1) si lo apoya su familia pero económicamente nunca y el 19.4% (6) lo apoyan parcialmente (véase cuadro y gráfico Nº 9), (**Person Chi-Square= 19.511b, 1, 0.05, p=.000**). Al contemplar sobre su convivencia familiar; ¿sus familiares le apoyan con despensa y/o cantidad de dinero para comprar alimento, ropa y utensilios de aseo personal? Y que ¿ha recibido de sus familiares?, se detecto que al no ser apoyados económicamente también se han visto marcados con un nivel elevado de insultos, humillaciones, desvalorización, maltrato físico y otros en un 61.4% (19) y solo un 19.2% (6) que nunca recibieron algún insulto (véase cuadro Nº 10), de los 19.4 % (6) reciben apoyo económico parcial el 9.7% (3) siguen recibiendo desvalorización y maltrato físico de los familiares y el 9.7% (3) no refiere nada.

La pérdida del sentido a la vida y la soledad se presento en un 61.3% (19), el 25.8% (8) no se ha sentido abandonado pero si solo, y el 12.4%(4) no se siente abandonado ni solo al cruzar ¿le encuentra sentido a



la vida? y ¿se ha sentido solo? (véase cuadro N° 11 Y Grafico N° 12), (*Person Chi-Square*= 10.287^a, 2, 0.05, *p*=.006).

Para identificar las **causas del abandono** en el adulto mayor se cruzaron 2 variables en un cuadro de contingencia (véase cuadro N° 12), entre; ¿porque esta en el asilo? Y su ¿estado civil?, reflejando que los familiares no lo pueden cuidar un 38.7% (12), 22.6% (7) no lo quieren, 22.6% (7) por indigencia, 9.7 % (3)

Por ser un estorbo, 3.2% (1) por despojo de vivienda y 3.2% (1) por sustitución de cobro en la pensión, entre los que no pueden ser cuidados por su familiar el 19.4% (6) son solteros, 9.7% (3) casados, 3.2% (1) separado y 6.5% (2) es viudo. La escolaridad de los adultos mayores el analfabetismo es de un 54.8% (17) al tener primaria no terminada, 6.5% (2) primaria terminada, 25% (8) secundaria no terminada, 6.5% (2) preparatoria terminada y 6.5% (2) con licenciatura terminada (véase cuadro N° 13 y grafico N° 10). El nivel de ingreso en su etapa laboral de los residentes geriátrico fue en un 74.2% (23) bajo (\$200- \$1000), un 12.9% (4) medio (\$1001- \$5000), nada 9.7% (3) y un 3.2% (1) alto (mas de \$5001) (véase cuadro N° 14 y grafico N° 11).

Para establecer el **efecto del abandono** en el adulto mayor se cruzaron 2 variables en un cuadro de contingencia entre; ¿qué espera de la vida? y ¿le encuentra sentido a la vida?, el 67.7% (21) no le encuentra sentido a la vida y el 32.3% (10) si lo hacen (véase cuadro N° 15 y grafico N° 12). Entre los que no le encuentran sentido a la vida el 25.8% (8) no esperan nada de la vida, el 19.4% (6) lo que dios quiera, el 16.1% (5) desean morir, solo el 3.5% (1) desea seguir viviendo y el 3.2% (1) desea volver con su familia.



El sentimiento de soledad se presenta en un 61.3% (19) y la ausencia de este sentimiento se presenta en un 38.7% (12). Al hablar del sentimiento de soledad el 19.4% (6) espera de la vida lo que dios quiera, el 16.1% (5) espera morir, el 12.9% (4) no espera nada y el 6.5% (2) espera seguir viviendo y el restante 6.2% (2) desea volver con su familia.

Los efectos se reflejan en una falta de toma de elección de sus prendas de vestir al cruzar; ¿Cuándo se viste lo toman en cuenta para elegir sus prendas? Y ¿Siente que lo tratan como un niño?, el 71.0% (22) no es tomado en cuenta y el 29.0% (9) si se le toma en cuenta (*véase cuadro N° 16 y grafico N° 13*). Los adultos mayores no tomados en cuenta el 48.4% (15) se sienten tratados como niños y el 22.6% (7) no tiene este sentimiento.

El sentimiento de inutilidad se hace presente ya se en algún momento o siempre en el 77.4% (24), y el 22.6% (7) nunca lo ha sentido (*véase cuadro N° 17 y grafico N° 14*)., entre los que mantienen el sentimiento de inutilidad el 29.0% (9) su mayor agrado es platicar, caminar 16.2% (5), nada 16.2% (5), ver T. V. 6.4% (2), realizar manualidades 3.2% (1), acostarse 3.2% (1) y escuchar música el 3.2%(1). Con el sentimiento de inutilidad el adulto mayor refleja una falta de sentido a la vida en un 67.7% (21) y el 32.3% (10) si le encuentra sentido (*véase cuadro N° 15*). A falta de sentido de la vida del adulto mayor se mantienen fuera de visita de algún amigo el 90.3% (28) y solo un 9.7% mantiene visitas de algún amigo.

IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos se observa un elevado % de abandono del adulto mayor.

A un viviendo su conyugue no fomenta el acercarse a su pareja y de los familiares existen muy pocas visitas o generalmente visitas espaciadas, esto hace que físicamente no haya una comunicación con los familiares directos, siendo mayor la visita de los sobrinos o de otros familiares y no de los hijos o hermanos, por lo que se sienten abandonados, respecto a este abandono el más persistente es el pasivo que ocurre desde el momento en que no son cubiertas las necesidades físicas (alimentación, abrigo, higiene, etc.) y a la falta de respuesta del contacto afectivo, por ningún miembro de la familia temporaria o parcialmente.

Como causa del abandono encontramos el hecho de no poder ser atendido por su familia por factores laborales o aspecto nuclear, aunado a esto el alto índice de analfabetismo y un ingreso económico precario en su etapa laboral lo que no permitió preparar su vejez.

Finalmente este abandono se refleja en la nula existencia de amigos del adulto mayor, en una falta de sentido a la vida, de soledad, inutilidad y minusvalía, vulnerándose su derecho al reconocimiento como personas adultas.



X. SUGERENCIAS

Tenemos que prepararnos culturalmente para las estancias en casas hogares lo que requiere la creación de redes de apoyo con la participación de la familia, de los profesionales y de la comunidad en general.

Desde la familia:

- Revalorar el aporte de las personas adultas mayores dentro de la vida y economía del hogar.
- Generar los mecanismos para que las personas adultas mayores se sientan útiles y con la posibilidad de opinar.
- Crear un ambiente que brinde afecto, respeto y constituya un real soporte para sus miembros mayores de ambos sexos no importando la existencia de alguna discapacidad.
- Crear cultura de casa guardería para adulto mayor

Desde los medios de comunicación:

- Contribuir a mejorar la imagen de las personas adultas mayores desterrando mitos y estereotipos que generalmente rodea la figura de éstas.

Desde los Gobiernos locales:

- Fomentar su integración, generando en la comunidad espacios integradores e intergeneracionales.
- Promover una mayor participación de este grupo poblacional, a fin de que pueda contribuir con alternativas de solución a esta problemática y continúe aportando al desarrollo de su comunidad.



Desde el campo profesional de Enfermería:

- Incentivar el acercamiento con este grupo etario reforzando el plan de estudio en la línea asistencial, con la materia de Geriátrica y Gerontología en el sexto semestre.
- Incentivar la visión de mercado independiente con las casas guarderías del adulto mayor para hacer frente de las demandas de los núcleos familiares.



XI. GLOSARIO

Cromatólisis.- desintegración de los cuerpos de Nissl (cromófilos) de una neurona como resultado de una lesión o de fatiga o agotamiento³².

Lipofuscina.- perteneciente a una clase de pigmentos grasos formados por la disolución de un pigmento en grasa.

Apoptosis.- forma altruista de cometer suicidio las células evitando el perjuicio de su huésped

³² DORLAN DICCIONARIO MEDICO ILUSTRADO DE BOLSILLO, ed. 25, Ed. Mc Graw Hill- interamericana de España



XII. BIBLIOGRAFÍA

1. MENDERON A, PUENTE A, LA VEJEZ / Ed. Acento, España 1996.
2. KANE L. R., GERIATRIA CLINICA, ed.4ª, Ed. Mc Graw Hill, Pp.135 -157.
3. STAALO. S., / HODGES L.C., GERIATRIA, Ed. Mc Graw Hill, México Pp. 4-10.
4. MARTINEZ J. I. Y COLABORADORES. GERONTOLOGIA, Ed. Medifam, Vol.12, Diciembre 2002.
5. TAMAYO Y TAMAYO MARÍA, EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTIFICA, 2 ed., Ed. Limusa Noriega Editores.
6. 17. DORLAN DICCIONARIO MEDICO ILUSTRADO DE BOLSILLO, Ed. 25, Ed. Mc Graw Hill- Interamericana de España.
7. 18. ALBOUKREK Aron. / FUENTES S. Gloria, DICCIONARIO DE SINONIMOS Y ANTONIMOS E IDEAS AFINES, Ed. Larousse.
8. ARIAS G. FERNANDO, LECTURA PARA EL CURSO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, Ed. Trillas.
9. PLAZA Y VALDES, MANUAL DE VEJEZ Y PROCESO DE ENVEJECIMIENTO, BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR.A.P. Ed.2. Ed. Larouse, México 2002.
10. HERNAN San M. VICENTE PASTOR, EPIDEMIOLOGIA DE LA VEJEZ, Ed. Interamericana, Mc. Graw Hill.
11. ALBOUKREK A. Y FUENTES S. Gerardo., DICCIONARIO DE SINÓNIMOS ANTÓNIMOS E IDEAS AFINES., 25ª reimpresión, Ed. Larousse, julio de 2004.
12. LA VEJEZ. © Alicia Mederos /Antonio Puente / © Acento Editorial, 1996.
13. *E-mail: joluis@ctc-mundo.net. La familia y la sexualidad del anciano. Familia. n° 13. Mayo 1996. Univ. Pontificia, Salamanca.*
14. *.http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=abandono+del+adulto+mayor&spell=1*
15. *http://www.nuevimirada.cl/entrevista_2.htmlNuevaMirada*
16. *http://www.michoacan.gob.mx/noticias/notadependencias.php?idsession=8596a6b46027b7ad35bfd38780fdbb12*



17. http://www.abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/300/pagina/6/perspectivas_adulto.html
18. *www. Red. gov.co* à *Página Oficial del Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE - www.dane.gov.co*
19. http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/20633/boletin_envejecimiento.pdf
20. <http://www.invdes.com.mx/anteriores/diciembre2001/htm/tercera.html>.
21. <http://www.inegi.gob.com.mx>.
22. <http://www.michoacan.gob.mx/gobierno/adultosmayores/menu.htm>
23. *Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation.*
24. http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/20633/boletin_envejecimiento.pdf
25. http://www.abcmedicus.com/articulo/pacientes/1/id/300/pagina/6/perspectivas_adulto.html*Página Oficial de la Red de Solidaridad Social - [www. Red. gov.co](http://www.Red.gov.co) à *Página Oficial del Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE - www.dane.gov.co**
26. joluis@ctc-mundo.net.*investigaciones sociales*



XIII

ANEXOS



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

INVESTIGADOR: Juan Miguel Preciado Nicolás

Objetivo: Obtener información que permita la detección del abandono de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de Morelia Mich.

I. INSTITUCIÓN

1.1 ADMINISTRATIVAS

1. ¿De dónde percibe apoyo económico el asilo?
 - a) DIF
 - b) Ayuntamiento
 - c) Particulares
 - d) Todas las anteriores
 - e) Otros _____
2. ¿Cuánto personal profesional trabaja en el asilo?
 - a) Médico general _____
 - b) Enfermeras (o) _____
 - c) Psicólogo (a) _____
 - d) Trapista físico _____
 - e) Trabajadora social (o) _____
 - f) Otro
- 3.- ¿Cuánto personal no profesional trabaja en el asilo?
 - a) Cocinera
 - b) Lavandería
 - c) Velador
 - d) Intendencia
 - e) Jardinero
 - f) Mantenimiento
4. ¿Actividades implementadas en la institución?
 - a) Cuadros de pintura
 - b) Obras de teatro
 - c) elaboración de flores y manualidades
 - d) Otras _____



II. ADULTO MAYOR

2.1 DATOS PERSONALES

5. Sexo
a) Femenino
b) Masculino
6. Edad
R-----
7. Estado civil
a) Soltero
b) Casado
c) Separado
d) Unión Libre
e) Divorciado
f) Viudo
8. ¿Vive su conyugue?
a) Si
b) No
- 9.- ¿Cuál es su escolaridad?
a) Primaria no terminada
b) Primaria
c) Secundaria no terminada
d) Secundaria
e) Preparatoria no terminada
f) Preparatoria
g) Licenciatura
- h) No estudio
10. ¿A que oficio o profesión se dedico en su etapa productiva?
R-----
11. ¿A cuanto ascendía su ingreso económico mensual?
a) Alto (mas de \$5001)
b) Medio (\$1001- \$5000)
c) Bajo (\$200 - \$1000)
d) Nada
10. ¿Dónde vivió?
a) En el Estado de Michoacán
b) En otro Estado
12. ¿Tiene un ingreso propio?
a) Si--- ¿de cuanto?-----
b) No
13. ¿Qué religión practicó?
a) Católica
b) Protestante
c) Mormon
d) Testigo de Jehová
e) Otra

2.2 ABANDONO

14. ¿Cómo llego al asilo?
a) Por visita domiciliaria
b) Referido por el DIF de Morelia
c) Referido por el DIF de otro municipio
d) Por intercambio con otro asilo
e) Referido por otra institución
¿Cual!_____
15. ¿Por qué esta en el asilo?
a) Su familia no lo puede cuidar
b) No lo quiere
c) Por ser un estorbo
d) Indigente
e) Por despojo de vivienda
f) Por sustitución en el cobro de la pensión
- 16 ¿Lo llevan o va a su casa?
a) Cada semana
b) Cada mes
c) Cada año
d) Nunca



17. ¿Lo visita algún familiar?
a) Sí
b) No
18. ¿Qué familiar?
a) Esposa
b) Hijos
c) Hermanos
d) Sobrinos
e) Tíos
f) Nadie
19. ¿Cada cuando lo visitan?
a) Una vez a la semana
b) Cada mes
c) Al año
d) Nunca
20. ¿Algún amigo (a) lo visita?
a) Sí
b) No
21. ¿Se siente abandonado en el asilo?
a) Sí
b) No
22. ¿Cómo se sentía cuando vivía con su familia?
a) Excelente
b) Muy bien
c) Bien
d) Mal
23. ¿Que es lo que más le gusta hacer?
a) Escuchar música
b) Dibujar
c) Acostarme
d) Realizar manualidades
e) Ver T. V.
f) Caminar
g) Platicar
h) Nada

2.3 TIPO DE ABANDONO

24. ¿Sus familiares le apoyan con despensa y/o cantidad de dinero para comprar alimento, ropa y utensilios de aseo personal?
a) Sí
b) No
25. Si lo apoyan económicamente lo hacen
a) Totalmente
b) Parcialmente
c) Nunca
26. ¿Ha recibido de sus familiares?
a) Insultos
b) Humillación
c) Desvalorización
d) Maltrato físico
e) Nada



2.4 IMPACTO DEL ABANDONO

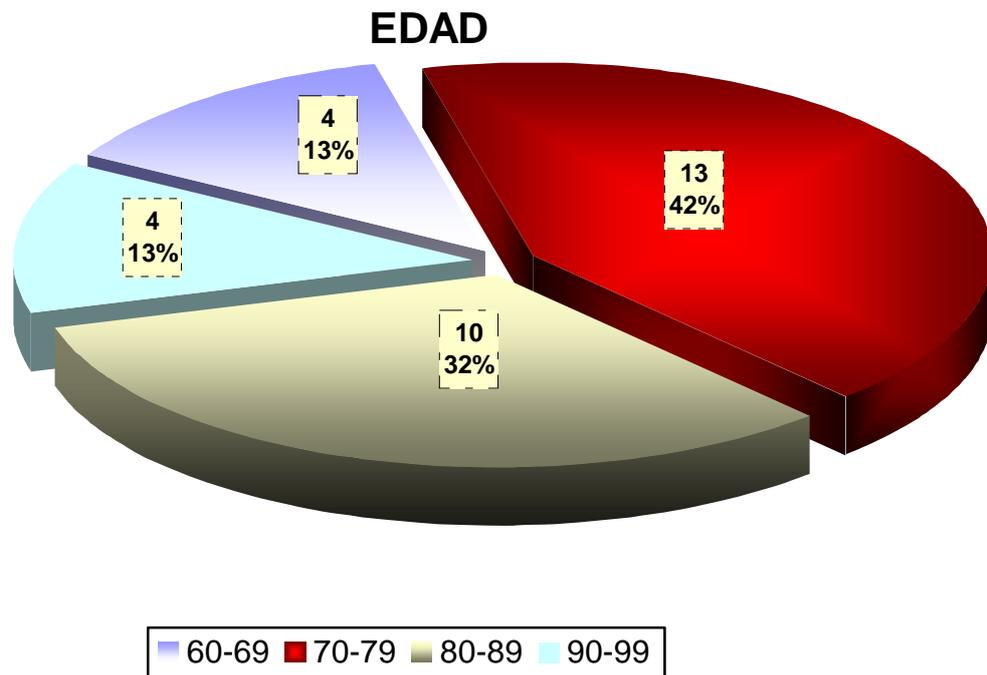
27. ¿Se ha sentido solo en algún momento de su vida?
- a) Algunas veces
 - b) Siempre
 - c) Nunca
28. ¿En que momento se ha sentido mas solo?
- a) cuando lo visita su familia
 - b) cuando no sabe de su familia
 - c) en ningún momento
29. ¿Se siente solo en el asilo?
- a) Sí
 - b) No
30. ¿Se han burlado de usted por su edad?..... ¿Quien?
- a) Sí
 - b) No
31. ¿Siente que lo tratan como un niño?
- a) Sí
 - b) No
32. ¿Cuándo se viste lo toman en cuenta para elegir sus prendas favoritas?
- a) Sí
 - b) No
33. ¿Qué espera de la vida?
- a) Morir
 - b) Seguir viviendo
 - c) Volver con su familia
 - d) Lo que dios quiera
 - e) No espera nada
34. ¿Se ha sentido inútil?
- a) Alguna veces
 - b) Siempre
 - c) Nunca
35. ¿Le encuentra sentido a la vida?..... ¿Por qué?_____
- a) Si
 - b) No

GRAFICAS

CUADRO Y GRAFICO N° 1

Edad de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	EDAD MAXIMA	MEDIA
60-69	4	13%	97 AÑOS	78.42
70-79	13	42%		
80-89	10	32%	EDAD MINIMA	DESVIACIÓN ESTANDAR 8.74
90-99	4	13%	67AÑOS	
TOTAL	31	100.0%		

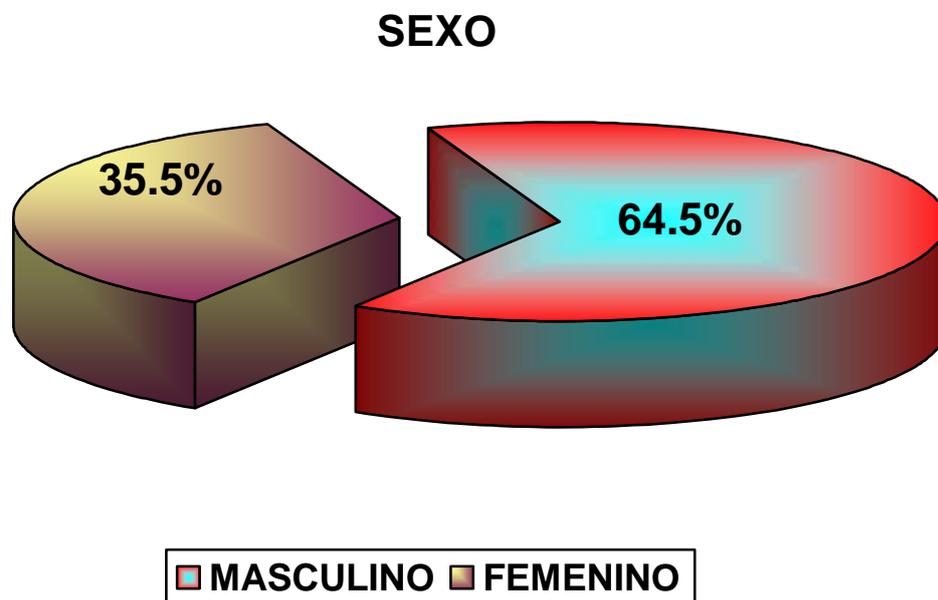


Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

CUADRO Y GRAFICO N° 2

Sexo de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	20	64.5%
Femenino	11	35.5%
TOTAL	31	100.0%

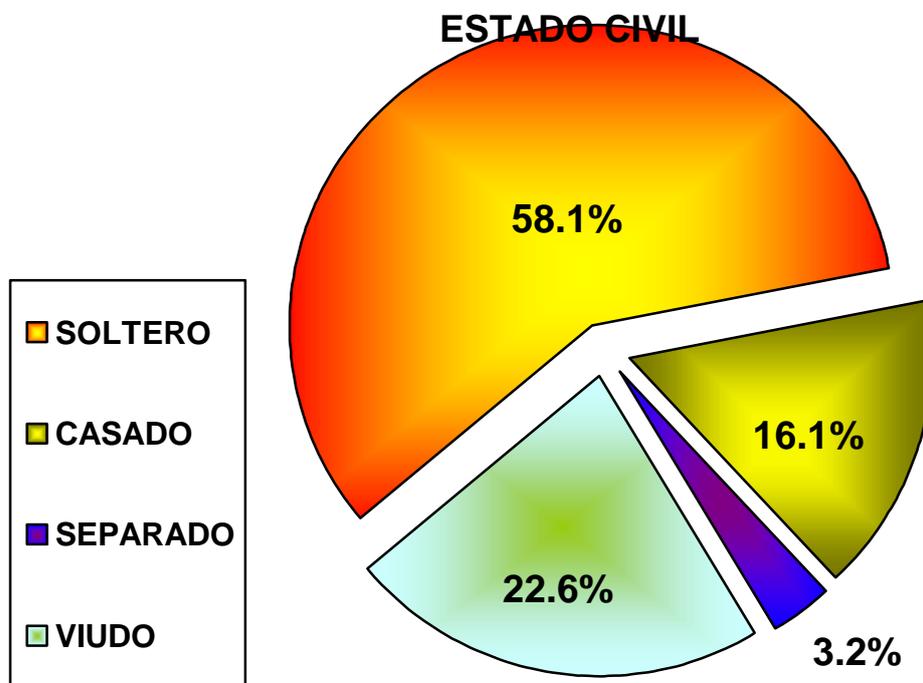


Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

CUADRO Y GRAFICO N° 3

Estado civil de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	18	58.1%
casado	5	16.1%
Separado	1	3.2%
Viudo	7	22.6%
Total	31	100.0%

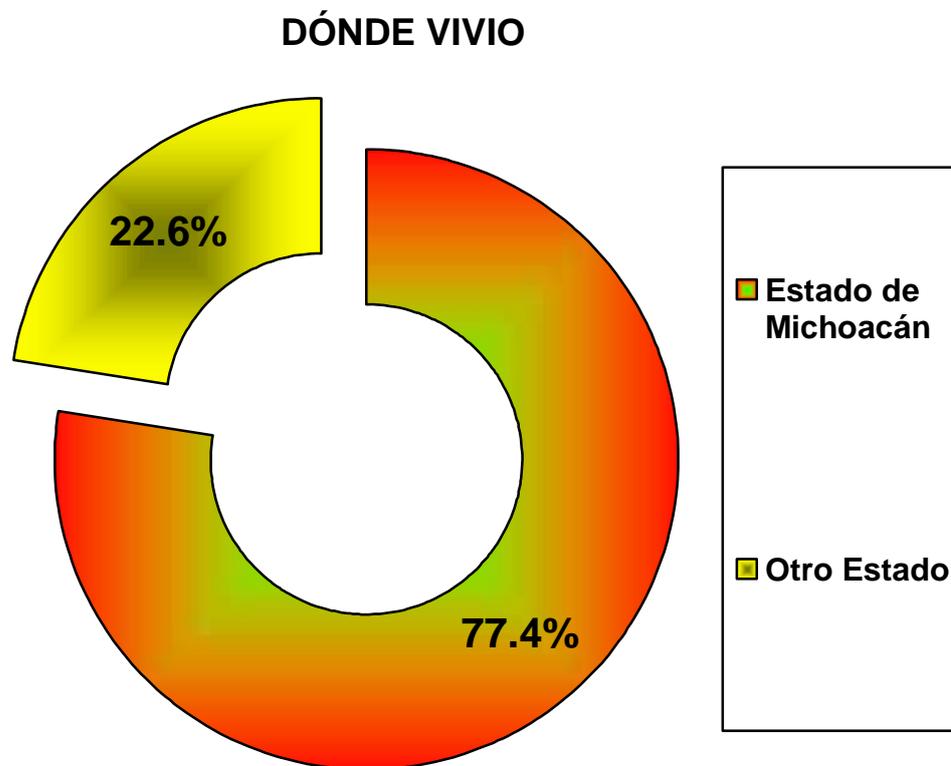


Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

CUADRO Y GRAFICO N° 4

Lugar de procedencia de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

ESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estado de Michoacán	24	77.4%
Otro Estado	7	22.6%
TOTAL	31	100.0%

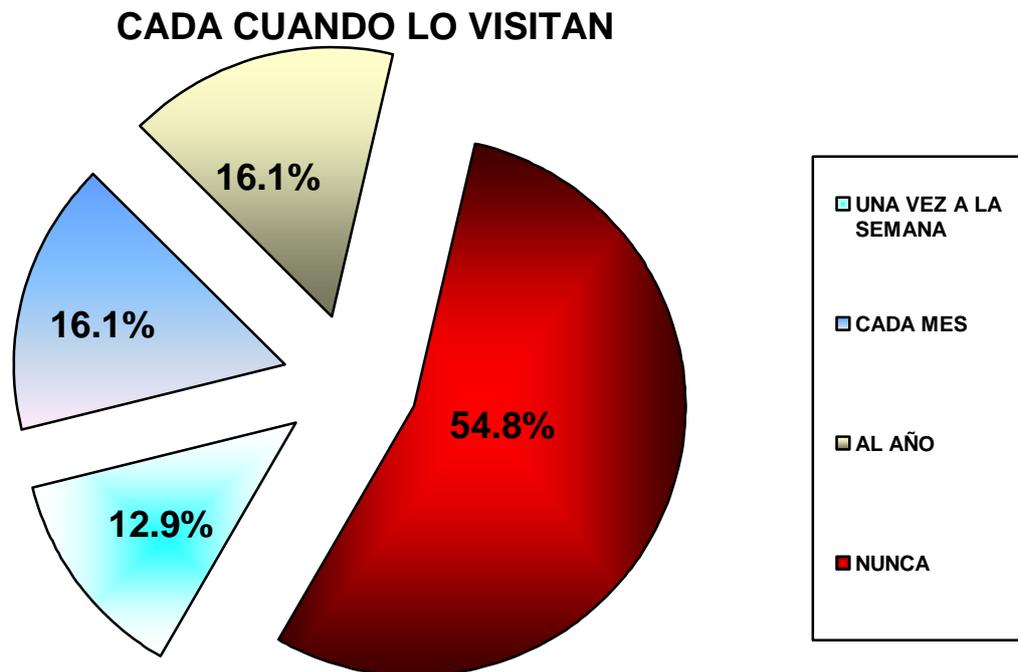


Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

CUADRO Y GRAFICO N° 5

Vive su conyugue y cada cuando son visitados los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

			CADA CUANDO LO VISITAN				TOTAL
			una vez a la semana	cada mes	al año	nunca	
VIVE SU CONYUGUE	SI	N	1	2		2	5
		% VIVE SU... % CUANDO LO... % DEL TOTAL	20.0% 25.0% 3.2%	40.0% 40.0% 6.5%		40.0% 11.8% 6.5%	100.0% 16.1% 16.1%
	NO	N	3	3	5	15	26
		% VIVE SU... % CUANDO LO... % DEL TOTAL	11.5% 75.0% 9.7%	11.5% 60.0% 9.7%	19.2% 100.0% 16.1%	57.7% 88.2% 48.4%	100.0% 83.9% 83.9%
TOTAL		N	4	5	5	17	31
		% VIVE SU... % CUANDO LO... % DEL TOTAL	12.9% 100.0% 12.9%	16.1% 100.0% 16.1%	16.1% 100.0% 16.1%	54.8% 100.0% 54.8%	100.0% 100.0% 100.0%



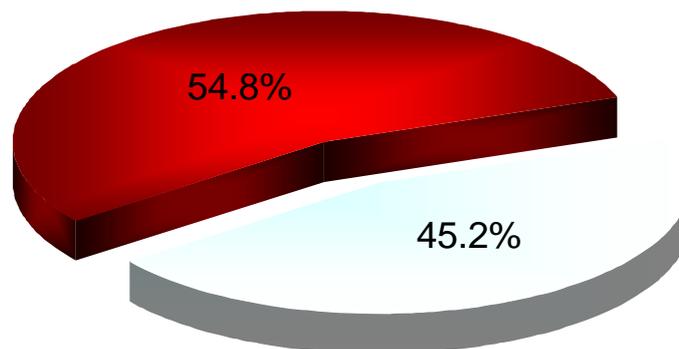
Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

CUADRO Y GRAFICO N° 6

Lo visita un familiar y cada cuando recibe visita los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

			CADA CUANDO LO VISITAN				TOTAL
			una vez a la semana	cada mes	al año	nunca	
LO VISITA ALGUN FAMILIAR	SI	N	4	5	5		14
		% VISITA DE...	28.6%	35.7%	35.7%		100.0%
		% CADA CUANDO DEL TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%		45.2%
	NO	N				17	17
		% VISITA DE...				100.0%	100.0%
		% CADA CUANDO DEL TOTAL				54.8%	54.8%
TOTAL	N	4	5	5	17	31	
	% VISITA DE...	12.9%	16.1%	16.1%	54.8%	100.0%	
	% CADA CUANDO DEL TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% DEL TOTAL	12.9%	16.1%	16.1%	54.8%	100.0%	

LO VISITA ALGÚN FAMILIAR



Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.



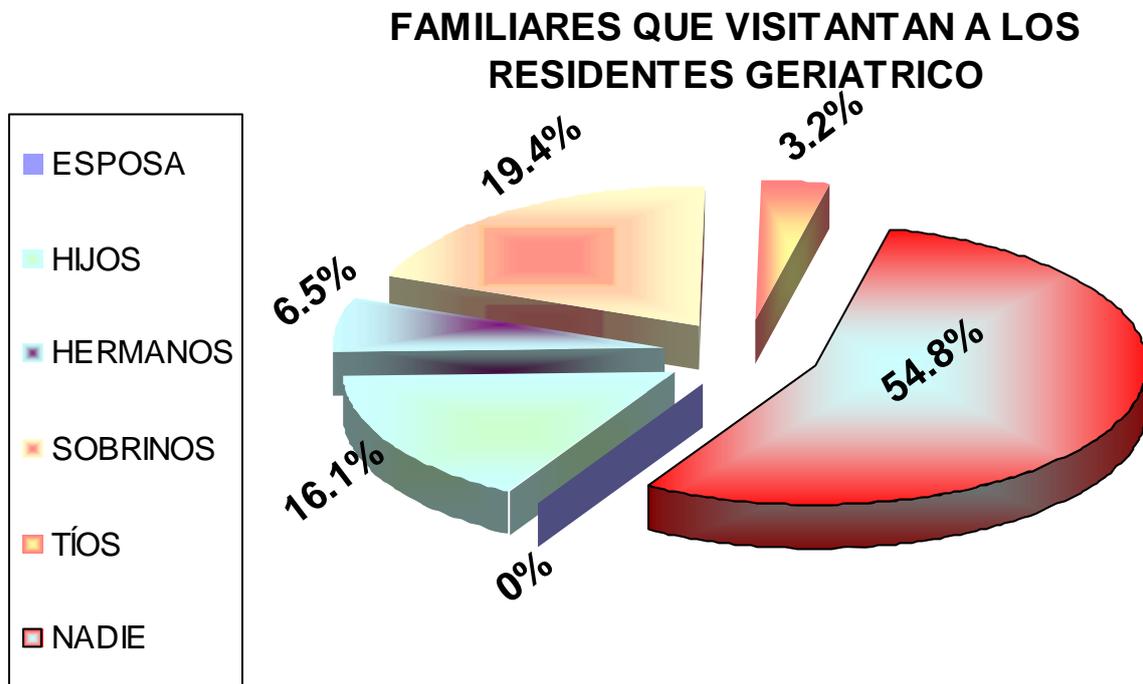
CUADRO N° 7

Familiares que visitan a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

		CADA CUANDO LO VISITAN				TOTAL
		una vez a la semana	cada mes	al año	nunca	
QUE FAMILIAR	hijos	N	1	3	1	5
	% QUIEN...		20.0%	60.0%	20.0%	100.0%
	% CADA CUANDO...		25.0%	60.0%	20.0%	16.1%
	% DEL TOTAL		3.2%	9.7%	3.2%	16.1%
hermanos	N			2		2
	% QUIEN...			100.0%		100.0%
	% CADA CUANDO...			40.0%		6.5%
	% DEL TOTAL			6.5%		6.5%
sobrinos	N	3	2	1		6
	% QUIEN...	50.0%	33.3%	16.7%		100.0%
	% CADA CUANDO...	75.0%	40.0%	20.0%		19.4%
	% DEL TOTAL	9.7%	6.5%	3.2%		19.4%
tios	N			1		1
	% QUIEN...			100.0%		100.0%
	% CADA CUANDO...			20.0%		3.2%
	% DEL TOTAL			3.2%		3.2%
nadie	N				17	17
	% QUIEN...				100.0%	100.0%
	% CADA CUANDO...				100.0%	54.8%
	% DEL TOTAL				54.8%	54.8%
TOTAL	N	4	5	5	17	31
	% QUIEN...	12.9%	16.1%	16.1%	54.8%	100.0%
	% CADA CUANDO...	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% DEL TOTAL	12.9%	16.1%	16.1%	54.8%	100.0%

Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006

GRAFICO N° 7



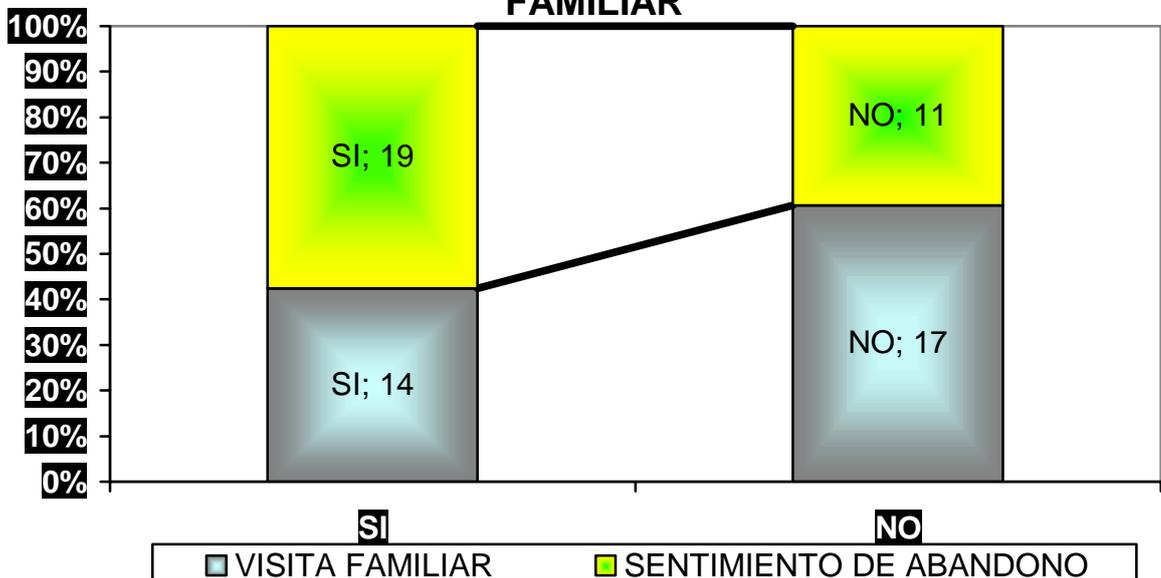
Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

CUADRO Y GRAFICO N° 8

El sentimiento de abandono ante la visita de los familiares en los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

			SE SIENTE ABANDONADO		TOTAL
			SI	NO	
LO VISITA ALGÚN FAMILIAR	SI	N	9	5	14
		% VISITA...	64.3%	35.7%	100.0%
		% SE SIENTE... % DEL TOTAL	45.0% 29.0%	45.5% 16.1%	45.2% 45.2%
	NO	N	11	6	17
		% VISITA...	64.7%	35.3%	100.0%
		% SE SIENTE... % DEL TOTAL	55.0% 35.5%	54.5% 19.4%	54.8% 54.8%
TOTAL	N	19	11	31	
	% VISITA...	64.5%	35.5%	100.0%	
	% SE SIENTE... % DEL TOTAL	100.0% 64.5%	100.0% 35.5%	100.0% 100.0%	

SENTIMIENTO DE ABANDONO Y LA VISITA DE UN FAMILIAR



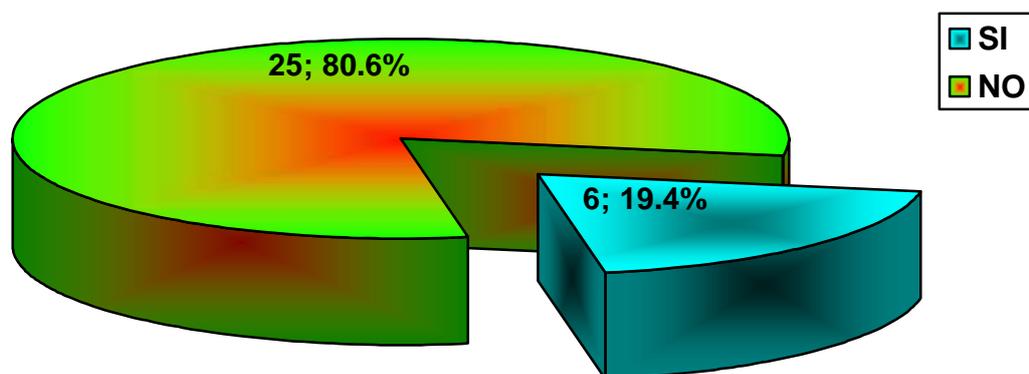
Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

CUADRO Y GRAFICO N° 9

Apoyo familiar en despensa y/o cantidad de dinero para comprar alimento, ropa y utensilios de aseo personal en los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

			APOYO ECON. DE FORMA		TOTAL
			Parcialmente	Nunca	
SUS FAMILIARES LO APOYAN	SI	N	5	1	6
		% APOYO FAM...	83.3%	16.7%	100.0%
		% APOYO ECO...	83.3%	4.0%	19.4%
	NO	N	1	24	25
		% APOYO FAM...	4.0%	96.0%	100.0%
		% APOYO ECO...	16.7%	96.0%	80.6%
TOTAL	N	N	6	25	31
		% APOYO FAM...	19.4%	80.6%	100.0%
		% APOYO ECO...	100.0%	100.0%	100.0%
		% DEL TOTAL	19.4%	80.6%	100.0%

SUS FAMILIARES LE APOYAN ECONÓMICAMENTE



Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

CUADRO N° 10

Acciones recibidas de parte de los familiares de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

			APOYO ECONOMICO		TOTAL
			parcialmente	nunca	
HA RECIBIDO DE SU FAMILIA	insultos	N		1	1
		% RECIBE...		100.0%	100.0%
		% APOYO ECO...		4.0%	3.2%
		% DEL TOTAL		3.2%	3.2%
	humillaciones	N		3	3
		% RECIBE...		100.0%	100.0%
		% APOYO ECO...		12.0%	9.7%
		% DEL TOTAL		9.7%	9.7%
	desvalorización	N	2	1	3
		% RECIBE...	66.7%	33.3%	100.0%
		% APOYO ECO...	33.3%	4.0%	9.7%
		% DEL TOTAL	6.5%	3.2%	9.7%
	maltrato físico	N	1	7	8
		% RECIBE...	12.5%	87.5%	100.0%
		% APOYO ECO...	16.7%	28.0%	25.8%
		% DEL TOTAL	3.2%	22.6%	25.8%
otro	N		7	7	
	% RECIBE...		100.0%	100.0%	
	% APOYO ECO...		28.0%	22.6%	
	% DEL TOTAL		22.6%	22.6%	
nada	N	3	6	9	
	% RECIBE...	33.3%	66.7%	100.0%	
	% APOYO ECO...	50.0%	24.0%	29.0%	
	% DEL TOTAL	9.7%	19.4%	29.0%	
TOTAL	N	6	25	31	
	% RECIBE...	19.4%	80.6%	100.0%	
	% APOYO ECO...	100.0%	100.0%	100.0%	
	% DEL TOTAL	19.4%	80.6%	100.0%	

Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.



CUADRO N° 11

El sentido a la vida y el sentimiento de soledad de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

			LE ENCUENTRA SENTIDO A LA VIDA		TOTAL
			S	NO	
SE HA SENTIDO SOLO	algunas veces	N	3	4	7
		% SE HA SENTIDO	42.9%	57.1%	100.0%
		% SE SIENTE SOLO	15.8%	33.3%	22.6%
		% DEL TOTAL	9.7%	12.9%	22.6%
	siempre	N	16	4	20
		% SE HA SENTIDO	80.0%	20.0%	100.0%
		% SE SIENTE SOLO	84.2%	33.3%	64.5%
		% DEL TOTAL	51.6%	12.9%	64.5%
	nunca	N		4	4
% SE HA SENTIDO			100.0%	100.0%	
% SE SIENTE SOLO			33.3%	12.9%	
	% DEL TOTAL		12.9%	12.9%	
TOTAL		N	19	12	31
		% SE HA SENTIDO	61.3%	38.7%	100.0%
		% SE SIENTE SOLO	100.0%	100.0%	100.0%
		% DEL TOTAL	61.3%	38.7%	100.0%

Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.



CUADRO N 12°

La razón de estancia de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

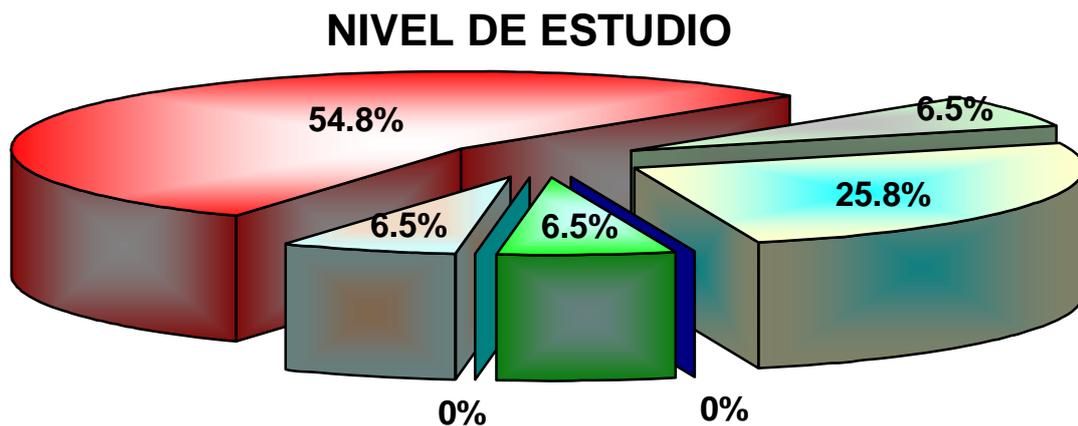
POR OUE ESTA EN EL ASILO		ESTADO CIVIL				TOTAL
		soltero	casado	separado	viudo	
su familia no lo puede cuidar	N	6	3	1	2	12
	% PORQUE ESTA..	50.0%	25.0%	8.3%	16.7%	100.0%
	% ESTADO CIVIL	33.3%	60.0%	100.0%	28.6%	38.7%
no lo quieren	N	4	1		2	7
	% PORQUE ESTA..	57.1%	14.3%		28.6%	100.0%
	% ESTADO CIVIL	22.2%	20.0%		28.6%	22.6%
por ser un estorbo	N	2			1	3
	% PORQUE ESTA..	66.7%			33.3%	100.0%
	% ESTADO CIVIL	11.1%			14.3%	9.7%
indigente	N	5			2	7
	% PORQUE ESTA..	71.4%			28.6%	100.0%
	% ESTADO CIVIL	27.8%			28.6%	22.6%
por despojo de vivienda	N		1			1
	% PORQUE ESTA..		100.0%			100.0%
	% ESTADO CIVIL		20.0%			3.2%
por sustitución en el cobro de la pensión	N	1				1
	% PORQUE ESTA..	100.0%				100.0%
	% ESTADO CIVIL	5.6%				3.2%
TOTAL	N	18	5	1	7	31
	% PORQUE ESTA..	58.1%	16.1%	3.2%	22.6%	100.0%
	% ESTADO CIVIL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% DEL TOTAL	58.1%	16.1%	3.2%	22.6%	100.0%

Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

CUADRO N° 13 Y GRAFICO N° 10

Escolaridad de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria no terminada	17	54.8 %
Primaria	2	6.5 %
Secundaria no terminada	8	25.8 %
Preparatoria no terminada	2	6.5 %
Licenciatura	2	6.5 %
TOTAL	31	100.0%



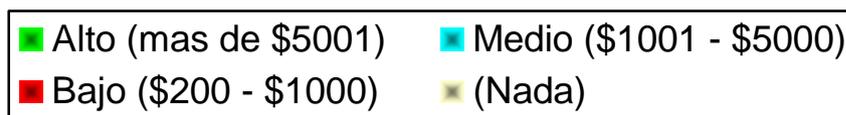
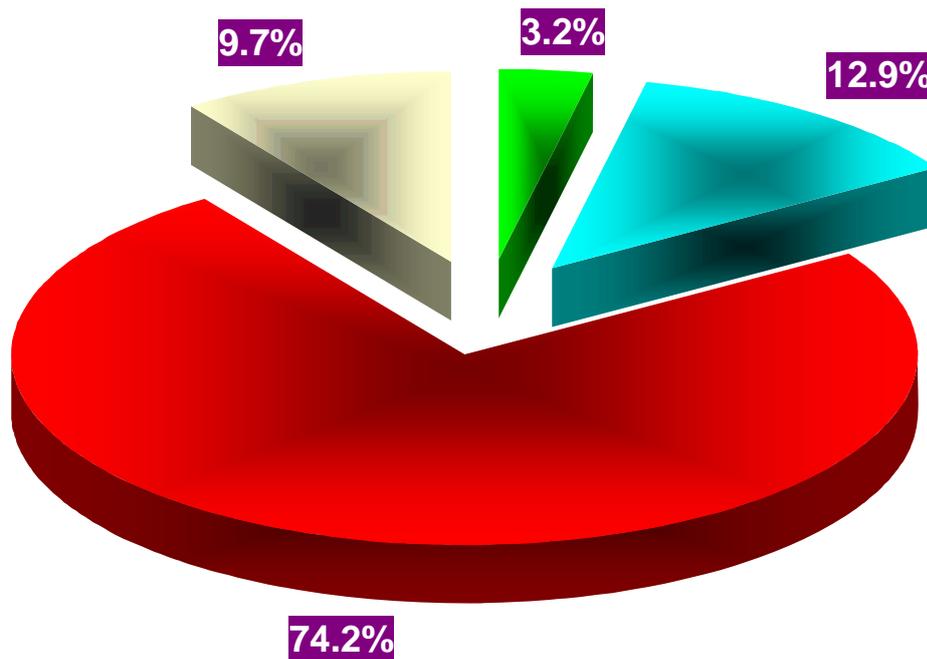
■	PRIMARIA NO TERMINADA
■	PRIMARIA TERMINADA
■	SECUNDARIA NO TERMINADA
■	SECUNDARIA TERMINADA
■	PREPARATORIA NO TERMINADA
■	LICENCIATURA

Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Febrero de 2006.

CUADRO N° 14 Y GRAFICO N° 11

Ingreso económico mensual en su etapa laboral de los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

INGRESO MENSUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto (más de \$5001)	1	3.2%
Medio (\$1001 - \$5000)	4	12.9%
Bajo (\$200 - \$1000)	23	74.2%
(Nada)	3	9.7%
TOTAL	31	100.0%



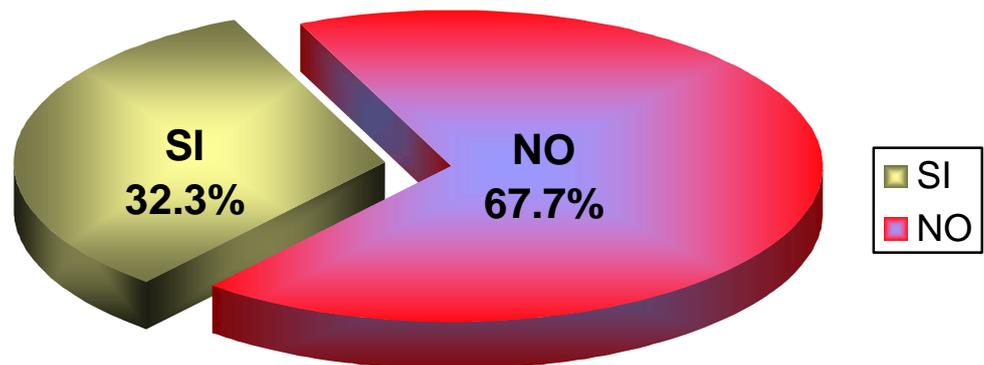
Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Febrero de 2006.

CUADRO N° 15 Y GRAFICO N° 12

Lo que espera de la vida y si le encuentra sentido a la vivir los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

		QUE ESPERA DE LA VIDA					TOTAL
		morir	seguir viviendo	volver con su familia	lo que dios quiera	no espero nada	
LE ENCUENTRA SENTIDO A LA VIDA	SI	N	1	1	1	7	10
	% LE ENCUENTRA..		10.0%	10.0%	10.0%	70.0%	100.0%
	% QUE ESPERA..		16.7%	50.0%	50.0%	53.8%	32.3%
	% DEL TOTAL		3.2%	3.2%	3.2%	22.6%	32.3%
NO	N	5	1	1	6	8	21
	% LE ENCUENTRA..		23.8%	4.8%	4.8%	28.6%	38.1%
	% QUE ESPERA..		83.3%	50.0%	50.0%	46.2%	100.0%
	% DEL TOTAL		16.1%	3.2%	3.2%	19.4%	25.8%
TOTAL	N	6	2	2	13	8	31
	% LE ENCUENTRA..		19.4%	6.5%	6.5%	41.9%	25.8%
	% QUE ESPERA..		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% DEL TOTAL		19.4%	6.5%	6.5%	41.9%	25.8%

LE ENCUENTRA SENTIDO A LA VIDA

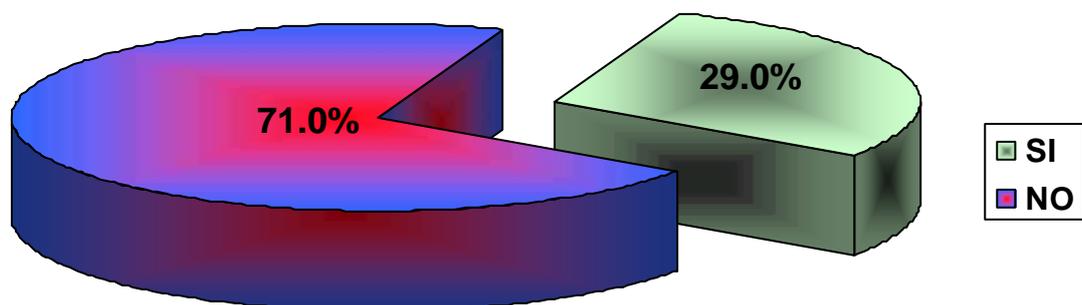


Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Febrero de 2006.

CUADRO N° 16 Y GRAFICO N° 13

Cuándo se viste lo toman en cuenta para elegir sus prendas y siente que lo tratan como un niño en los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

			SIENTE QUE LO TRATAN COMO UN NIÑO		TOTAL
			SI	NO	
CUANDO SE VISTE LO TOMAN EN CUENTA	SI	N	4	5	9
		% CUANDO SE VIS..	44.4%	55.6%	100.0%
		% SIENTE QUE....	21.1%	41.7%	29.0%
	NO	N	15	7	22
		% CUANDO SE VIS..	68.2%	31.8%	100.0%
		% SIENTE QUE....	78.9%	58.3%	71.0%
TOTAL	N	19	12	31	
	% CUANDO SE VIS..	61.3%	38.7%	100.0%	
	% SIENTE QUE....	100.0%	100.0%	100.0%	
	% DEL TOTAL	61.3%	38.7%	100.0%	

CUÁNDO SE VISTE LO TOMAN EN CUENTA PARA ELEGIR SUS PRENDAS


Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Febrero de 2006.



CUADRO N° 17

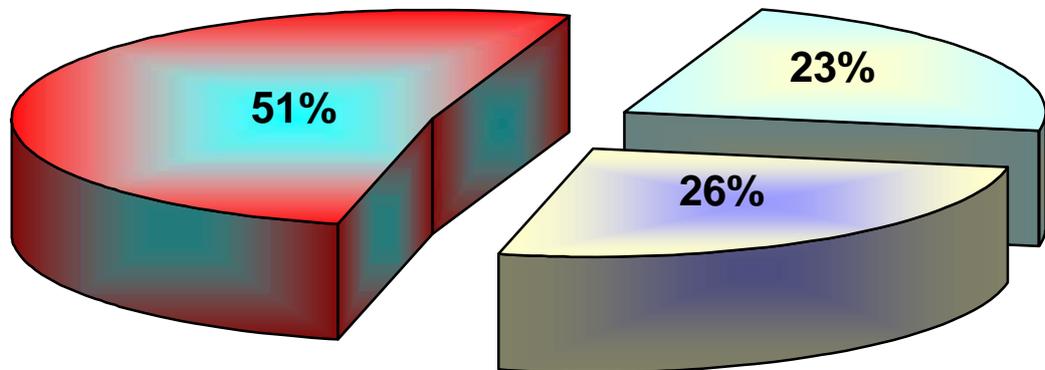
El sentimiento de inutilidad en los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Marzo de 2006.

			SE HA SENTIDO INUTIL			TOTAL
			algunas veces	siempre	nunca	
QUE ES LO QUE MAS LE GUSTA HACER	escuchar musica	N		1		1
		% QUE LO QUE...		100.0%		100.0%
		% SE HA SENTIDO..		6.3%		3.2%
		% DEL TOTAL		3.2%		3.2%
	acostarce	N	1			1
		% QUE LO QUE...	100.0%			100.0%
		% SE HA SENTIDO..	12.5%			3.2%
		% DEL TOTAL	3.2%			3.2%
	realizar manualidades	N	1			1
		% QUE LO QUE...	100.0%			100.0%
		% SE HA SENTIDO..	12.5%			3.2%
		% DEL TOTAL	3.2%			3.2%
ver t.v.	N	1	1	1	3	
	% QUE LO QUE...	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%	
	% SE HA SENTIDO..	12.5%	6.3%	14.3%	9.7%	
	% DEL TOTAL	3.2%	3.2%	3.2%	9.7%	
caminar	N	1	4	1	6	
	% QUE LO QUE...	16.7%	66.7%	16.7%	100.0%	
	% SE HA SENTIDO..	12.5%	25.0%	14.3%	19.4%	
	% DEL TOTAL	3.2%	12.9%	3.2%	19.4%	
platicar	N	1	8	3	12	
	% QUE LO QUE...	8.3%	66.7%	25.0%	100.0%	
	% SE HA SENTIDO..	12.5%	50.0%	42.9%	38.7%	
	% DEL TOTAL	3.2%	25.8%	9.7%	38.7%	
nada	N	3	2	2	7	
	% QUE LO QUE...	42.9%	28.6%	28.6%	100.0%	
	% SE HA SENTIDO..	37.5%	12.5%	28.6%	22.6%	
	% DEL TOTAL	9.7%	6.5%	6.5%	22.6%	
TOTAL	N	8	16	7	31	
	% QUE LO QUE...	25.8%	51.6%	22.6%	100.0%	
	% SE HA SENTIDO..	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% DEL TOTAL	25.8%	51.6%	22.6%	100.0%	

Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Febrero de 2006.

GRAFICO N° 14

SENTIMIENTO DE INUTILIDAD



■ ALGUNAS VECES ■ SIEMPRE □ NUNCA

Fuente: Encuesta y entrevista aplicada a los residentes geriátricos del asilo “Miguel Hidalgo” de la Ciudad de Morelia Michoacán de Ocampo. Febrero de 2006.