

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Salud Pública



Una Institución Adventista

**Factores sociodemográficos relacionados al abandono
del adulto mayor, un estudio comparativo,**

Lima, 2016

Por:

Sadith Raquel Cotrado Huamán

Asesor:

Guido Angelo Huapaya Flores

Lima, octubre, 2017

Factores sociodemográficos relacionados al abandono del adulto mayor, un estudio comparativo, Lima, 2016

TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública
con mención en Gestión de los Servicios de Salud

JURADO DE SUSTENTACIÓN

Dr. Edwin Octavio Cisneros Gonzalez
Presidente

Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras
Secretario

Mg. Guido Angelo Huapaya Flores
Asesor

Mg. Edda Evnet Newhall Noriega
Vocal

Mg. Denis Frank Cunza Aranzábal
Vocal

Lima, 20 de octubre de 2017

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DE LA TESIS

Yo **GUIDO ANGELO HUAPAYA FLORES**, identificado con DNI N° 10761406, docente en la Unidad de Posgrado de Salud Pública de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión;

DECLARO:

Que la tesis titulada: ***“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR, UN ESTUDIO COMPARATIVO, LIMA, 2016”***, constituye la memoria que presenta el Bachiller **SADITH RAQUEL COTRADO HUAMAN** para obtener el grado académico de Maestro en Salud Pública con mención en Gestión de los servicios de Salud, cuya tesis ha sido desarrollada en la Universidad Peruana Unión con mi asesoría.

Asimismo dejo constancia de que las opiniones y declaraciones registradas en la tesis son de entera responsabilidad de la autora. No comprometen a la Universidad Peruana Unión.

Para los fines pertinentes, firmo esta declaración jurada, en la ciudad de Ñaña (Lima), a los veinte días del mes de octubre de 2017.



Mg. Guido Angelo Huapaya Flores

Asesor

DEDICATORIA

A mi mami Beni, por ser mi mayor inspiración para realizar la presente investigación... “en tu ausencia, tu ejemplo y amor quedarán tallados para siempre en mi corazón”.

AGRADECIMIENTO

A nuestro Dios Todopoderoso, por darme las fuerzas espirituales, inteligencia y sabiduría necesaria para concluir el estudio.

A mis padres, razón de mi vida, la fuerza que me motiva.

A mi asesor el Magister Guido Angelo Huapaya por sus orientaciones oportunas, precisas y estratégicas.

Tabla de contenidos

Resumen	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la situación problemática	1
1.3.2. Problemas Específicos:	15
1.4. Objetivos de la Investigación	16
1.4.1. Objetivo General.....	16
1.4.2. Objetivos específicos	16
1.5. Hipótesis de investigación	17
CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. Fundamento bíblico filosófico	20
CAPÍTULO III.....	51
METODOLOGÍA	51
3.1. Tipo y diseño de estudio	51
3.1.1. Tipo de Estudio	51
3.1.2. Diseño de investigación	52
3.2. Población y Muestra de Estudio	52
3.2.1. Población	52
Muestra	52
3.2.2. Muestra.....	53
3.3. Criterios de exclusión e inclusión.....	53
3.3.1. Criterios de exclusión	53
3.3.2. Criterios de inclusión	53
3.4. Variables de estudio.....	54
.....	55
.....	56
3.5. Consideraciones Éticas	56
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	57
3.6.1. Elaboración del instrumento.....	58
3.6.2. Validación del instrumento	59
3.6.3. Procedimiento para la recolección de datos	64
3.7. Plan de tabulación y análisis de los datos	65
CAPÍTULO IV.....	66
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	66
Análisis Descriptivo Comparativo	73
Análisis inferencial de las variables	77
CAPÍTULO V.....	86
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	86
Conclusiones.....	86
Recomendaciones.....	88
Referencias	89
ANEXOS	94

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de la muestra de internos en los Hogares Geriátricos.	53
Tabla 2. Distribución de la muestra de Adultos Mayores Independientes.	53
Tabla 3. Operacionalización de la variable: Nivel de abandono del adulto mayor-TIPO A.....	55
Tabla 4. Operacionalización de la variable: Nivel de abandono del adulto mayor-TIPO B.....	56
Tabla 5. Validación del instrumento A del adulto mayor.	60
Tabla 6. Confiabilidad del instrumento A del adulto mayor.	60
Tabla 7. Validación del instrumento B del adulto mayor.....	62
Tabla 8. Confiabilidad del instrumento B del adulto mayor.	62
Tabla 9. Cronograma de actividades para la recolección de datos.	64
Tabla 10. Grado de estudio de los encuestados.	67
Tabla 11. Edad de los encuestados.....	68
Tabla 12. Género de los encuestados.	68
Tabla 13. Actividad Económica Pre-Internamiento de los encuestados.	69
Tabla 14. Religión de los encuestados.	70
Tabla 15. Frecuencia de con quien viven los encuestados.	71
Tabla 16. Número de Hijos de los encuestados.	72
Tabla 17. Hobbies de los encuestados.....	72
Tabla 18. Frecuencia del abandono del adulto mayor tipo A y tipo B	74
Tabla 19. Frecuencia de percepción de abandono del adulto mayor según variables sociodemográficas	76
Tabla 20. Relación entre los factores sociodemográficos y el abandono del adulto mayor	78
Tabla 21. Relación entre los factores sociodemográficos y el abandono del adulto mayor.....	79
Tabla 22. Relación entre los factores sociodemográficos y el abandono del adulto mayor	80
Tabla 23. Relación entre los factores sociodemográficos y el abandono del adulto mayor	81
Tabla 24. Correlación entre los factores sociodemográficos y el abandono del adulto mayor. ...	82

Resumen

El presente estudio que tuvo como objetivo determinar la relación de los factores sociodemográficos con la percepción de abandono del adulto mayor, Lima, 2016. Investigación de metodología no experimental, descriptivo, asociativo, correlacional, transversal; en una población de adulto mayor 1 463200 en Lima y en Chosica 40,000. En los centros geriátricos, la población estuvo conformada de 320 en el hospicio “Canevaro” y 22 en “Señor de los Milagros”. El muestreo fue no aleatoria, no probabilístico formada por 40 adultos mayores de ambos hospicios y 80 de adultos independientes. Los resultados, describen que, de los factores sociodemográficos más de uno guarda relación significativa: género (0,01) y actividad económica (0,03). Es decir, el ser varón o mujer tienen diferente percepción con respecto al nivel de abandono; igualmente, el hecho de tener una dinámica económica (contar con recursos o no tenerlos) puede marcar una diferencia en la percepción de abandono que el adulto mayor pueda tener. Concluyendo, el adulto mayor; sin menoscabar la edad que tenga, o el nivel socioeconómico o el género o el estado civil que sea o la religión que practica o con quién viva o la cantidad de hijos que tenga igual puede estar expuesto a sentirse abandonado; percibir afecto o abandono; o sentir que tiene soporte o no, o percibir tener cuidado por parte su familia o sentirse abandonado.

Palabras Claves: Envejecimiento, adulto mayor, ancianidad, percepción afectiva, percepción de soporte, percepción de cuidado.

Abstract

The present study aimed to determine the relationship of sociodemographic factors with the perception of abandonment of the elderly, Lima, 2016. Research methodology non-experimental, descriptive, associative, correlational, cross-sectional; in a population of older adults 1 463200 in Lima and in Chosica 40,000. In the geriatric centers, the population was made up of 320 in the "Canevaro" hospice and 22 in "Señor de los Milagros". The sampling was non-random, non-probabilistic, consisting of 40 older adults from both hospices and 80 from independent adults. The results describe that sociodemographic factors more than one have a significant relationship: gender (0.01) and economic activity (0.03). That is, being male or female have different perception regarding the level of abandonment; Likewise, the fact of having an economic dynamic (having resources or not having them) can make a difference in the perception of abandonment that the older adult may have. Concluding, the older adult; without diminishing the age, or the socioeconomic level or the gender or the civil state that it is or the religion that practices or with whom it lives or the amount of children that it has the same can be exposed to feeling abandoned; perceive affection or abandonment; or feel that you have support or not, or perceive taking care of your family or feel abandoned.

Key words: Aging, elderly, old age, affective perception, perception of support, perception of care.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

El envejecimiento es una etapa natural de la vida, acompañada por un desgaste de las fuerzas físicas, una serie de cambios fisiológicos y algunas veces, patologías que inhabilitan a las personas para realizar sus actividades personales. Para Satorres (2013) según datos de la Organización Mundial de la Salud (2015) se considera anciano a un individuo una vez que éste cumple los 60 años.

Como consecuencia de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en un ámbito global, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos, con un aumento de la población senil que hoy alcanza el 12% de la población total. Se prevé que para el año 2050, los adultos mayores de 60 años representen el 22% de la población global, duplicando las cifras actuales (Popolo, 2001, Instituto nacional de las personas adultas mayores, 2012; Ministerio de salud, 2015; Instituto de mayores y servicios sociales, 2012).

Según un informe expedido por la Organización de las Naciones Unidas (2007), esta tendencia es aún mayor en países con economías frágiles y en vía de desarrollo. Preposición que resulta válida cuando analizamos el informe técnico titulado “Situación de la Población

Adulta Mayor” realizado por el Instituto Nacional de Estadística e informática del Perú (2016), en donde se evidencia un envejecimiento gradual de la población y se pone de manifiesto que: “En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2016 son menores de 15 años 28 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,7% en el año 2016”.

A pesar de las diversas campañas sociales que se realizan con el fin de dignificar al anciano y destacar su rol en la sociedad, muchos individuos imbuidos por un espíritu meramente materialista, consideran las características fenotípicas propias de la vejez como un símbolo de total improductividad. Desde el punto de vista económico los consideran inútiles, ya que dejan de producir bienes; y desde un marco social son considerados como una carga, ya que dejan de ser personas independientes (Limón, 1992).

Sin embargo, en la mayoría de los casos, el hogar se convierte en un espacio de marginación, abandono y de maltrato. Las personas en la tercera edad además de enfrentar los problemas de salud propios de su etapa, enfrentan un entorno familiar marcado, muchas veces, por la falta de atención y de solidaridad. El sentido de utilidad hace que mientras el adulto mayor pueda apoyar en el cuidado del hogar, reciba una pensión y realice pequeñas labores, es objeto de atención y de cierta protección. Sin embargo, cuando está enfermo y no puede realizar estos trabajos, pierde autonomía se opta por el rechazo y el abandono, considerándosele una carga para la familia y lamentablemente el mismo anciano se considera de esta forma (Monzón, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (2016) reveló una problemática de escala mundial: cerca de 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes. Las tasas

de maltrato pueden ser mayores entre los ancianos residentes en instituciones que en los que están en la comunidad. El maltrato a las personas mayores puede conllevar graves lesiones físicas y consecuencias psicológicas prolongadas. La Organización Mundial de la Salud resalta prevé un aumento del problema por el envejecimiento de la población en muchos países.

La población mundial de mayores de 60 años se duplicará con creces, de 900 millones en 2015 a unos 2000 millones en 2050. Además, describe la magnitud del problema refiriéndose: como un problema importante de salud pública. Aunque hay poca información sobre el alcance del maltrato en la población de edad avanzada, especialmente en los países en desarrollo, se calcula que 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes. Probablemente la cifra esté subestimada, puesto que solo se notifica 1 de cada 24 casos de maltrato a personas mayores, en parte porque los afectados suelen tener miedo de informar a sus familiares y amigos o a las autoridades. En consecuencia, es probable que todas las tasas de prevalencia estén subestimadas. Aunque los datos rigurosos son escasos, un estudio ha aportado estimaciones de la prevalencia de los tipos más frecuentes de maltrato en países de ingresos elevados o medios: maltrato físico: 0,2-4,9%; abuso sexual: 0,04-0,82%; maltrato psicológico: 0,7-6,3% (basado en criterios liminares sustantivos); abuso económico: 1,0-9,2%; desatención: 0,2-5,5%.

Los datos sobre el alcance del problema en establecimientos institucionales como hospitales, hogares de ancianos y otros centros asistenciales de largo plazo son escasos. Sin embargo, en una encuesta realizada al personal de hogares de ancianos en los Estados Unidos de América se apunta la posibilidad de que las tasas sean elevadas: un 36% había presenciado al menos un incidente de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada en el año precedente; un 10% había cometido al menos un acto de maltrato físico contra un paciente de

edad avanzada; un 40% admitió haber maltratado psicológicamente a pacientes. En Latinoamérica describe la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2002) que la región debe enfrentar el reto que plantea el enorme aumento de la proporción de población de 60 años y más, que pasa de 8 % en el año 2000 a 14.1 % en el año 2025 y a 22.6 % en el año 2050. En cada país, los cambios futuros estarán relacionados con la situación actual y con la evolución futura de los indicadores demográficos. En la actualidad, el envejecimiento está más avanzado en Uruguay, Argentina, Cuba y Chile y en varios países del Caribe (Trinidad y Tabago y Barbados). Asimismo, resalta que en estos países, más del 10 % de la población es mayor de 60 años. En el otro extremo se sitúan países menos avanzados en su transición demográfica, como Guatemala, Bolivia, Paraguay, Honduras, Haití y otros, donde menos de un 6.5% de la población sobrepasa los 60 años.

Hay un grupo de países en situación intermedia, cuya transición demográfica ya está bastante avanzada. En todos los países aumenta la proporción de personas adultas mayores, pero para el año 2025, Cuba y la mayoría de los países del Caribe tendrán una estructura por edad más envejecida. De hecho, para el año 2050 se proyecta una proporción de adultos mayores superior a 15 % en todos los países y superior a 30% en varios ellos (CEPAL, 2002). Igualmente, informan que un rasgo distintivo del proceso de envejecimiento es el predominio femenino. Debido a la mayor sobrevivencia de las mujeres, se produce un aumento muy pronunciado de su proporción en las edades más avanzadas. Los índices de masculinidad a nivel regional, presentan para el año 2000 un promedio de 86 hombres por cada 100 mujeres de 60 a 74 años, cifra que desciende a 70 hombres por cada cien mujeres en el grupo de 75 años y más. Además, que las mujeres viven más tiempo y que, por tanto, son más representativas en la población adulta mayor, es muy probable que vivan en condiciones desfavorables la última etapa de su ciclo de vida. Muchas de ellas no tienen cónyuge, ya sea

por la mayor frecuencia de la viudez o porque se mantuvieron célibes, con lo cual experimentan necesidades básicas no satisfechas y carencias afectivas. Además, se ven afectadas negativamente por una menor participación laboral, o bien por un trato desigual en el mercado laboral, percibiendo menor salario que los hombres por un trabajo de igual valor. Todo esto redundando en limitaciones para la generación de ahorro o para la percepción de ingresos mediante una pensión, lo que se traduce en su alta dependencia económica en las edades más avanzadas. Una realidad que expresa la situación crítica en la región es lo que sucede en México;

Ramírez (2014) resalta que los organismos oficiales no disponen de datos precisos acerca del número de personas en situación de abandono parcial o total, ni las que son víctimas de maltrato. En términos generales, se estima que aproximadamente un 20% de la población de este grupo etario experimenta soledad y abandono social. La información más cercana muestra que, según el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), “60 de cada 100 personas adultas mayores que ingresan a sus centros gerontológicos, presentan rechazo o total abandono de sus familiares, además de que se trata de personas que carecen de recursos económicos”.

De la misma forma, indica que las personas en situación de abandono son altamente propensas a padecer maltrato, por ello, y conforme a una encuesta realizada por el Colegio de México (2009) en el Distrito Federal, “se detectó que los adultos mayores son maltratados principalmente por las y los hijos, con un 37%, seguidos de la pareja, con 11%; las y los nietos, 10%, mientras que personas ajenas representan 17.4%”. En los hogares se desvalorizan las capacidades, potenciales y autoestima de las personas de edad al ser ignorados, desatendidos y discriminados (entendiendo por discriminación la práctica cotidiana consistente en tratar de manera desfavorable, excluir o despreciar sin causa alguna a

determinada persona o grupo, que a veces percibimos pero que en algún momento hemos generado o recibido).

Mendoza (2012) en un reportaje para el diario la República titulado “La mitad de ancianos en provincias no son visitados por sus hijos” hace referencia que, según un estudio, una encuesta reveló que los adultos mayores de Arequipa se sienten abandonados por sus hijos y otros familiares. Esto es un tipo de maltrato, afirman especialistas. Expresa un caso de “Isabel vive en Islay, hace poco enviudó y se siente más sola que nunca. Sus hijos la visitan una vez cada dos meses. Esta sensación la entiende María, quien pasa sus días en un asilo ubicado en la calle Santa Rosa. La mujer también viene de provincia y ya no se acuerda cuándo fue la última vez que vio a su hijo único”. El encargado del programa del Adulto Mayor de Cáritas del Perú, Rafael Quispe, remarca que este abandono es un tipo de maltrato psicológico. A consecuencia de ello, muchos adultos mayores pueden enfermarse o deprimirse, apunta. “Este comportamiento lejano de los hijos es una de las consecuencias de la modernidad, cada vez es más notoria”, destaca el especialista. Quispe espera que el Perú no llegue a los niveles de abandono de ancianos que tiene Europa, por ejemplo, donde la mayoría de hijos internan a sus padres ancianos en asilos.

Igualmente, Radio Programas del Perú (RPP, 2012) en un reportaje describe la triste realidad del anciano en Lima: “Las grietas en la piel, lejos de ser símbolo de experiencia y sabiduría se han convertido en signos de maltrato e indiferencia. En nuestra capital habita el cincuenta por ciento de la totalidad de adultos mayores del país, muchos de ellos son dejados a su suerte”. Introduce una interrogante: ¿Cuál es el motivo del maltrato y abandono a las personas de la tercera edad?, resalta lo que dijo la Dra. Carmen Gonzales, las personas descargan su resentimiento en las poblaciones más desvalidas. El reportaje concluye con la siguiente preocupación “Hoy en día se puede hablar de personas de la cuarta edad, aquellos

mayores a 80 años. Este grupo se incrementa cada vez más al aumentar la esperanza de vida en el Perú, y son ellos quienes tienen aún más necesidades, tales como seguridad económica, salud e infraestructura. Lima Metropolitana cuenta con 6 residencias para adultos mayores, en las cuales se atiende a 600 personas, sin embargo la ayuda no es suficiente. Según Rocío Cutipé, jefa de la División de personas Adultas Mayores de la Municipalidad de Lima, es necesario fortalecer la atención a este grupo humano invirtiendo en infraestructura y personal capacitado”.

1.2. Antecedentes de la Investigación

Hernández, Palacios y Cajas (2011) realizaron una investigación en la ciudad de Guatemala titulada “Caracterización del Adulto Mayor con Síndrome de Abandono” con el fin de caracterizar los factores que integran el síndrome de abandono en los adultos mayores. Para ello, emplearon como diseño metodológico un estudio descriptivo prospectivo de pacientes adultos mayores ingresados en los 3 centros seleccionados de atención al adulto mayor incluido en el listado de establecimientos vigentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y 3 centros de atención del adulto mayor administrados por entidades religiosas. Después de aplicar encuestas a 159 adultos mayores; se encontró que el 45.9%, de los entrevistados, se encuentran entre los 80 y 89 años de edad, el 74.21% no cuentan con pareja, 73.57% presentó un nivel educativo bajo, solo curso el grado de primaria, el 55.95% trabajó de obrero/operario u oficios domésticos. Dentro de los padecimientos que aquejan al adulto mayor de dichos hogares, el 42.24% padece de hipertensión arterial y el 30% utiliza bastón para deambular. El 57.2% ingresó al asilo de manera voluntaria y el 61% ha permanecido entre 1 a 5 años en los asilos. El 56.60% refirió sentirse abandonado y el 64% no tiene un ingreso económico actual. Con los resultados obtenidos se concluyó que las variables

que determinan el Síndrome de Abandono en el adulto mayor son: Utilizar bastón para caminar, ser divorciado, presentar sentimiento de abandono, seguido del sentimiento de tristeza, padecer de la enfermedad de Alzheimer y haber ingresado involuntariamente a una institución. Y el hecho de haber sido comerciante es un factor protector (que podría interpretarse como rasgo de la personalidad propia de personas que gustan de hacer negocios, tienen la habilidad y avidez mental para lograrlos y procurarse a la vez un mejor estándar de calidad de vida). Esto demuestra que los demás factores no son influyentes significativamente.

Roldán (2007) citado en Monzón (2007) realizó un estudio de investigación titulado “Vivencias del Adulto Mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas” cuyo objetivo es comprender las vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares, lo cual fue posible lograr con el enfoque fenomenológico. La muestra estuvo conformada por 19 personas adultas mayores, la cual fue obtenida a través del muestreo no probabilístico intencionado por saturación. La técnica utilizada en la recolección de datos fue la entrevista a profundidad, ya que se requerían obtener respuestas individuales que no hubieran sido posibles obtener con alguna entrevista de tipo común. El análisis fenomenológico de las 19 entrevistas realizadas permitió la identificación de siete unidades de significado, las cuales fueron posteriormente interpretadas para una mejor comprensión de las mismas. Entre las vivencias del adulto mayor tenemos que éste es consciente de la etapa de vida por la que atraviesa, y que, a pesar de los malos tratos recibidos por parte de sus familiares, éstos no sienten ningún tipo de rencor hacia ellos, por el contrario, crean excusas tratando de entender los motivos por los cuales sus familiares actúan de aquella manera; y que en la mayoría de los casos es por falta de dinero que sus familiares no están con ellos. En cada

uno de sus pensamientos y/o actos está presente Dios, a quien se aferran y piden a diario ayuda para seguir adelante. Entre las consideraciones finales se resalta la importancia de la futura realización de investigaciones de tipo cualitativo que incluyan como población a los adultos mayores, debido a la falta estudios relacionados a este tema. Así también se refleja la fragilidad y bondad de las personas adultas mayores, en cuyas almas no hay espacio para albergar ningún tipo de sentimiento negativo hacia alguna persona.

Vera (2007) desarrolló un estudio titulado “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia” en un intento por comprender el significado que la expresión lingüística ‘calidad de vida del adulto mayor’ tiene para el adulto mayor y para su familia. Dicho estudio fue clasificado como cualitativo, descriptivo, interpretativo– comprensivo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales y fue ejecutado en el Asentamiento Humano Laura Caller, en Los Olivos. En este participaron un grupo de dieciséis adultos mayores y sus respectivos grupos familiares, entre 2004 y 2006, a los que se les aplicó algunas técnicas e instrumentos tales como la observación, la entrevista a profundidad y grupos focales; guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas norteadoras previamente validadas. Los discursos a través de la ‘objetivación’ y el ‘anclaje’ y los análisis generales, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales: a) conocimiento sobre la vejez y ser un adulto mayor; b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida. Al analizar los resultados obtenidos, se concluyó que, para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser

social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

Cardona, Estrada, Chavarriaga, Segura, Ordoñez y Osorio (2010) desarrollaron un estudio en Colombia bajo el título de “Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado” con el objetivo de analizar el apoyo social del adulto mayor residente en los Centros de Bienestar del Anciano de Medellín registrados en la Secretaria de Bienestar Social en el año 2008. El método empleado fue un estudio descriptivo transversal, que abordó algunas características relacionadas con el apoyo social recibido por 276 adultos mayores institucionalizados en 39 centros de protección social, con fuente de información primaria. El análisis de la información fue univariado y bivariado, arrojando los siguientes resultados: Los institucionalizados eran en su mayoría mujeres, con edades de 65-84 años, solteras o viudas, con nivel de educación primaria y secundaria; la mayor parte estaban afiliadas al régimen contributivo. Los principales motivos de institucionalización fueron: soledad, problemas de salud y por decisión familiar; ellos son visitados por sus hijos y otros familiares, y este apoyo fue valorado como satisfactorio, pero más de la mitad tenía sentimientos de soledad y la sexta parte manifestó humillaciones de sus seres queridos; es de anotar que una baja proporción reportó maltrato de sus cuidadores. De esto se pudo concluir que las redes de apoyo social son fuertes dentro de la institución y perciben un menor maltrato por parte de los cuidadores institucionales que de los familiares. En general, la soledad es un aspecto que lleva a los adultos mayores a institucionalizarse, pero esta permanece en ellos, motivada en parte por el poco contacto con las familias y la mediana satisfacción con amigos y la misma institución, evidenciando su condición de desamparo y de vulnerabilidad social.

Reyes e Iglesias (2009) realizaron una investigación en México titulado “Perfil de la violencia familiar en el anciano: Experiencia en 680 pacientes mexicanos” con el propósito de determinar la frecuencia de violencia familiar en ancianos de la Unidad de Medicina Familiar número 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de México. Para ello, se ejecutó un estudio descriptivo, observacional y transversal, con una muestra no probabilística de 680 ancianos. Se aplicaron dos cuestionarios que aportaron datos sobre violencia conyugal y parental. De las 680 encuestas aplicadas, 457(67%) fueron aplicadas a hombres y 223(33%) a mujeres y fue posible identificar violencia psicológica en 102 (15%) ancianos; violencia física en 54 (8%); abandono en 68 (10%); violencia sexual en 61(9%); violencia conyugal en 81(12%) y de este tipo de violencia, 61 casos fueron mujeres quienes experimentaron insultos, denigración e intimidación llegando hasta la violencia física. En su conclusión, los autores señalan que el médico familiar debe reconocer a la violencia contra los ancianos de forma oportuna y temprana a partir de la identificación de factores de riesgo.

Castillo (2015), en un trabajo en Ecuador titulado “Enfermedades de los ancianos como Causas del Abandono Familiar” investigó las enfermedades más frecuentes del adulto mayor y los factores que provocan que la familia los abandone en el Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja y construir una propuesta de intervención para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor. Este estudio descriptivo, transversal, de campo y bibliográfico, contó con un universo de 76 adultos mayores, tomándose una muestra de 50 adultos mayores quienes cumplían con los criterios de inclusión. Se conoció las enfermedades más frecuentes como causas de abandono del adulto mayor mediante la aplicación de una entrevista a los adultos mayores y a sus cuidadores quienes corroboran la información. En los datos obtenidos se encontró que la enfermedad que más está presente en los adultos mayores es la

hipertensión arterial en un 29%; seguida de la diabetes mellitus tipo II en un 21%; artritis en un 17%, osteoporosis en un 13%; demencia senil 8%; neumonía 2%, entre otras enfermedades como (discapacidad física, sordera, epilepsia) se encuentran un 10%. Dentro de los principales factores como causa de abandono se encuentran, el factor económico que determina que la familia no les proporcione los alimentos en un 39%, cuidado médico en un 27%, vestimenta en 19% y vivienda 15%, por no ser portadores de la economía del hogar; el factor psicológico manifiesta el temor a las agresiones físicas de sus hijos como jalones de cabello y empujones en un 69.23%; de sus nietos en 17.31%; vecinos en 13.46%; el maltrato familiar incluye críticas en un 32%, insultos en un 16%; amenazas en un 8%; dejándolos solos en un 44%; el factor social muestra que no respetan sus criterios de sabiduría en un 74%; llegando a sentirse solos en un 90%; teniendo una dinámica familiar de tipo disfuncional en un 86%; circunstancias por las que se da el abandono de sus familiares en este hogar de adultos mayores de Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja, por lo que se requiere fortalecer la estructura familiar con valores morales, éticos que permitan respetar y dignificar a los adultos mayores.

Carhuapoma (2011) citado en Oré (2011) realizó una investigación en Lima titulada “Problemas psicosociales y estrategias de afrontamiento en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor “Rímac-EsSalud” la cual tuvo como objetivo determinar los problemas psicosociales y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores que asisten al Centro. El material y método del estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 117 adultos mayores de 60 a 90 años de edad y la muestra fue de 70. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario y la escala estrategias de afrontamiento de Folkman y Lazarus modificado. Los

resultados fueron del 100% (70) el 55,7% (39) tienen el problema psicosocial de jubilación, 40% (28) soledad, 5,7% (4) imagen corporal. Las principales causas que ocasionan los problemas: “el salario es reducido” “les causa nostalgia” “nadie lo visita” o “tienen muy poco apoyo familiar”, entre otros. En cuanto a las estrategias de afrontamiento del 100% (70), 50% (35) utilizan a veces, 27.1% (19) nunca y 22.9% (16) siempre. Las conclusiones fueron que el problema psicosocial más frecuente es la jubilación, seguido de soledad y finalmente imagen corporal. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron confrontación, planificación, luego la reevaluación positiva y por último búsqueda de apoyo social.

Quinto y Sánchez (2012) realizaron una investigación en México titulada: “Depresión en el adulto mayor que asiste a un club de la tercera edad” con el objetivo determinar la presencia de depresión en adultos mayores de la Zona Sur de Veracruz. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, contó con la población de adultos mayores que acuden a un Club de la tercera edad de Minatitlán, Veracruz. El muestreo fue catalogado como no probabilístico por conveniencia y consistió en 40 adultos mayores. El instrumento empleado fue la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage que arrojaron los siguientes resultados: La media de edad fue de 76.1 años. El 72.5% no reportó depresión, el 27.5% sí presentó algún nivel de depresión, de los cuáles el 17.5% reportó depresión moderada y el 10% depresión severa. Respecto al género el 12.5% de las mujeres tienen nivel de depresión moderada, el 10% depresión severa, el sexo masculino sólo presentó depresión moderada (5%). Por grupo de edades, la depresión moderada se encontró entre las edades de 71-75 años (7.5%). Finalmente, los autores señalan la importancia de involucrar al profesional de enfermería en actividades de promoción a la Salud dirigido a los adultos mayores.

Delgado (2013) realizó una investigación en Ecuador titulada: “Abandono Familiar y Conductas Sociales en Adultos Mayores; Centro del Buen Vivir Mies Fedhu-2012” la cual fue estructurada pensando en los adultos mayores inmersos dentro de la problemática del abandono familiar, la cual aún se hace evidente en nuestra cultura; viendo esto comienza a ser necesario caracterizar la incidencia de dicho problema en las conductas sociales de los adultos mayores. Aquellos en los que se evidenciaba formas de interaccionar inadecuadas y que afectan las relaciones sociales, su estado de ánimo, y en especial su esfera conductual, evidenciando deterioros en aquello. Los estudios sobre adultos/as mayores en el Ecuador son escasos, es por eso el proceso sistemático de seguimiento ante el estudio cuyos beneficiarios directos serán los implicados en la problemática, en especial los adultos mayores que son parte del abandono familiar. Los aspectos fundamentales del marco teórico son el impacto del abandono familiar dentro de las esferas cognitiva y afectiva, el tipo de comportamiento y en especial las habilidades sociales las cuales se hacen presentes en todo momento, como medio para poder socializar de forma adecuada en todo contexto. La modalidad del trabajo es de tipo cualitativa, así mismo, con el empleo de técnicas estructuradas y utilizadas dentro de la práctica clínica psicológica. La población y muestra han sido los adultos mayores del Centro del Buen Vivir MIES-FEDHU. De los análisis de resultados se hace evidente que los adultos mayores que hacen parte de la problemática, el abandono familiar, impacta de forma directa sobre el sistema de pensamiento y conducta, pero de aquello la familia tienen un papel importante que debe de ser atendido para el mejoramiento de los adultos/as mayores, familiares, y comunidad en general.

Cardona (2015) realizó una investigación en Colombia titulada: “Abandono del adulto mayor, enfermo por parte de su familia, en el Hospital san Juan de Dios, ESE, de Armenia,

Quindío, Colombia” con el fin de fue identificar las características de abandono del adulto mayor enfermo por parte de su familia, en el Hospital san Juan de Dios, E.S.E. La autora pone como precedente las situaciones de precariedad y abandono del adulto mayor enfermo en el Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Armenia, Quindío; a través de preguntas y respuestas efectuadas a 20 personas mayores de 65 años que tenían familiares de primer grado de consanguinidad y poseían datos básicos. Como instrumentos se empleó la encuesta, el diálogo y se analizaron las fichas de visitación: con días, preguntas y posibles respuestas e instrumentos de papelería para poder hacer la investigación en el Hospital. El procedimiento se dividió en dos grandes momentos: un primer momento de realización de encuestas y un segundo momento de diálogos. Este trabajo propone crear una red de apoyo y un directorio a nivel regional que garantice el acompañamiento del voluntariado religioso, laical o secular a estos adultos mayores y de esta manera se les dignifique.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General

¿En qué medida se relaciona los factores sociodemográficos con la percepción de abandono del adulto mayor, Lima, 2016?

1.3.2. Problemas Específicos:

¿Cuál es la diferencia en la frecuencia del abandono del adulto mayor tipo A y tipo B en Lima, 2016?

¿Cuál es la frecuencia de percepción de abandono del adulto mayor según variables sociodemográficas?

¿En qué medida se relaciona los factores sociodemográficos con la percepción afectiva en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016?

¿En qué medida se relaciona los factores sociodemográficos con la percepción de soporte en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016?

¿En qué medida se relaciona los factores sociodemográficos con la percepción de cuidado del adulto mayor, Lima, 2016?

¿En qué medida se correlacionan entre los factores de percepción afectiva, percepción de soporte, percepción de cuidado en el abandono del adulto mayor Lima, 2016?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la percepción de abandono del adulto mayor, Lima, 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

Identificar la diferencia en la frecuencia del abandono del adulto mayor tipo A y tipo B en Lima, 2016.

Identificar la frecuencia de percepción de abandono del adulto mayor según variables sociodemográficas.

Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la percepción afectiva en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016.

Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la percepción de soporte en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016.

Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la percepción de cuidado del adulto mayor, Lima, 2016.

Determinar la correlación entre los factores de percepción afectiva, percepción de soporte, percepción de cuidado en el abandono del adulto mayor Lima, 2016.

1.5. Hipótesis de investigación

1.5.1. Hipótesis general

Existe relación significativa de al menos uno de los factores sociodemográficos con la percepción de abandono del adulto mayor, Lima, 2016.

1.5.2. Hipótesis específicas

Existe relación significativa de al menos uno de los factores sociodemográficos con la percepción afectiva en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016.

Existe relación significativa de al menos uno de los factores sociodemográficos con la percepción de soporte en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016.

Existe relación significativa de al menos uno de los factores sociodemográficos con la percepción de cuidado del adulto mayor, Lima, 2016.

Existe relación significativa entre los factores percepción afectiva, percepción de soporte, percepción de cuidado en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016.

1.6. Justificación

Relevancia Teórica

Es relevante porque esta propuesta aborda la problemática desde la perspectiva de abandono que el adulto mayor tiene de sí mismo y no del análisis externo o conclusiones implícitas de los factores que lo provoquen. El resultado incrementará la teoría existente y se verificará la dinámica de cambio que se ha producido con la variable en el tiempo y en estos diferentes contextos; aspecto que permitirá conocer mejor el nivel de abandono en los adultos

mayores. Será útil para futuras investigaciones a fin de que el conocimiento sobre esta temática se incremente, se comprenda la problemática y se generen soluciones.

Aporte Institucional

La presente investigación se constituye en un recurso de gran importancia para el desarrollo de futuros estudios que aborden la temática presentada. Es también un material relevante para las instituciones de apoyo social locales con el fin de conocer la vulnerabilidad de la población mayor a este fenómeno y para invitar a organizaciones religiosas y entidades de ayuda social a brindarle mayor atención y apoyo a aquellos hogares donde se presenten la mayor incidencia de abandono.

Relevancia Práctica

Conocer los niveles de abandono en el adulto mayor permitirá que las instituciones geriátricas, el personal de salud y sus directivos, implementen metodologías que contribuyan a dignificar al anciano, mejorando su calidad de vida y creando un ambiente que facilite su interacción con familiares y amigos. Así mismo, se puedan estructurar programas y políticas preventivas que disminuyan la incidencia de este fenómeno en la localidad.

Relevancia Social

Los datos emitidos, producto de esta investigación servirán de iniciativa para que las familias puedan tomar decisiones y medidas para con aquellos integrantes de avanzada edad y pueda inducirse un proceso de restauración de los lazos afectivos. Y por otro lado los resultados pueden ser usados por los sectores de gobierno para que puedan generar políticas preventivas; igualmente los centros de atención primaria puedan trabajar acciones de intervención en dicha población adulta mayor. Finalmente, los gobiernos locales puedan plantear normatividad local y programas de intervención en los centros geriátricos de su zona y en toda la población de su jurisdicción

1.7. Viabilidad

Cuenta con la autorización de la administración de los centros geriátricos intervenidos. Igualmente, se cuenta con el tiempo y los recursos logísticos y económicos que será asumido por el investigador además de la experiencia profesional que se tiene de trabajar con personas adulto mayor y en centros geriátricos.

1.8. Limitaciones

El tema de tesis es válido para la población en estudio que corresponde a adultos mayores que residen en hogares geriátricos de la localidad de Chosica. Además, se evaluarán algunos individuos de edad avanzada que residan aún en sus respectivos hogares, con el fin de contrastar la data obtenida en ambos casos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.Fundamento bíblico filosófico

Para entender profundamente el sentido y el valor de la vejez, es preciso abrir la Biblia. Las Escrituras nos da la capacidad de sondear la plena dimensión espiritual, moral y teológica de esa época de la vida. Como estímulo para reexaminar el significado de la tercera y de la cuarta edad, sugerimos a continuación algunos puntos de referencia bíblicos, con observaciones y reflexiones sobre los retos que ellos representan en la sociedad contemporánea.

El rey de Israel y compositor de los Salmos escribió una plegaria que recobra gran importancia al analizar el envejecimiento: “Enséñanos a calcular nuestros días, para que adquiramos un corazón sabio”. Uno de las virtudes de la longevidad, según la Biblia, es la sabiduría; pero la sabiduría no es necesariamente una prerrogativa de la edad. Es un don de Dios que el anciano debe acoger y ponerse como meta, para alcanzar esa sabiduría del corazón que da la posibilidad de “saber contar los propios días”, es decir, de vivir con sentido de responsabilidad el tiempo que la Providencia concede a cada cual. Núcleo de esta sabiduría, es el descubrimiento del sentido más profundo de la vida humana y del destino trascendente de la persona en Dios. Frecuentemente, se hace una descripción breve de los últimos momentos de vida de los profetas y patriarcas bíblicos. Unas de estas se encuentran en el libro de Génesis 25:7 que dice: “Abrahán expiró; murió en buena vejez, colmado de años, y fue a reunirse con sus antepasados”. Este pasaje bíblico tiene una gran actualidad. El

mundo contemporáneo ha olvidado el significado y el valor de la vida humana, establecida por Dios, desde el principio, en la conciencia del hombre, y con ella, el pleno sentido de la vejez y de la muerte. La muerte ha perdido, hoy, su carácter sagrado, su significado de realización. Se ha transformado en tabú: se hace lo posible para que pase inobservada, para que no altere nada. Su telón de fondo también ha cambiado: si se trata de ancianos, sobre todo, se muere siempre menos en casa y siempre más en el hospital o en un instituto, lejos de la propia comunidad humana. Ya no se usan, especialmente en la ciudad, los momentos rituales de pésame y ciertas formas de piedad.

El hombre actual, como anestesiado ante las representaciones diarias de la muerte que dan los medios de comunicación social, hace lo posible por no afrontar una realidad que le produce turbación, angustia, miedo. Entonces, inevitablemente, se queda solo ante la propia muerte. Pero el Hijo de Dios hecho hombre cambió, en la cruz, el significado de la muerte, abriendo de par en par al creyente las puertas de la esperanza: «Yo soy la resurrección y la vida. El que cree en mí, aunque haya muerto, vivirá; y todo el que esté vivo y crea en mí, jamás morirá» (Juan 11: 25-26). A la luz de estas palabras, la muerte —que ya no es condena, ni necia conclusión de la vida en la nada— se revela como el tiempo de la esperanza viva y cierta del encuentro cara a cara con el Señor.

Las sociedades modernas han perdido de vista dos elementos de sumo valor para el desarrollo y evolución de ésta. En primer lugar, se menoscaba a la juventud; símbolo de emprendimiento, vitalidad y de prosperidad futura, con prejuicios que le etiquetan como una etapa de inmadurez, vanalidad y locura. Al mismo tiempo, se difaman ideologías erróneas sobre el envejecimiento y la senectud, olvidando su importancia para el mantenimiento de la historia y los recuerdos de la sociedad. En vista, de las grandes controversias que existen sobre este tema, los máximos líderes de las comunidades religiosas del mundo, abren espacios

en sus homilías y discursos magistrales para redefinir el concepto e invitar a sus adeptos a dignificar estas etapas de la vida humana.

Por otro lado, el máximo líder de la Iglesia Católica y Romana en la actualidad, Jorge Mario Bergoglio, en una de sus visitas al barrio romano del Trastévere afirmó: “La sociedad que no cuida a sus jóvenes y ancianos no tiene esperanza”. Igualmente, este líder religioso y político, insiste en el respeto a la dignidad y a los derechos fundamentales de la persona anciana y, con la convicción de que los ancianos tienen aún mucho que dar a la vida social, desea que se afronte la cuestión con un gran sentido de responsabilidad por parte de todos: individuos, familias, asociaciones, gobiernos y organismos internacionales, según las competencias y deberes de cada cual y de acuerdo con el principio, tan importante, de subsidiariedad.

Recomendando que, sólo así se podrá perseguir el objetivo de garantizar al anciano condiciones de vida siempre más humanas y dar valor a su papel insustituible en una sociedad en continua y rápida transformación económica y cultural. Además, se podrán emprender, en modo orgánico, iniciativas destinadas a influir en el orden socio-económico y educativo, con el objeto de que sean accesibles a todos los ciudadanos, sin discriminaciones, los recursos indispensables para satisfacer necesidades antiguas y nuevas, para garantizar la tutela efectiva de los derechos, y para dar nuevos motivos de esperanza y de confianza, de participación activa y de pertenencia, a los que han sido alejados de los circuitos de la convivencia humana (Bergoglio, 2014).

Dalái Lama Tenzin Gyatso, dirigente de la Administración Central Tibetana y el líder espiritual del lamaísmo o budismo tibetano, afirmó públicamente: “Creo en también, decirle a la gente, cuando se es joven se tiene su propia belleza especial, haciendo cosas activas. Entonces, envejecer tiene también, su propia belleza, más experiencia para compartir con

otras personas”. De esta manera, este importante líder religioso anima a la comunidad budista a dignificar a su población anciana y a otorgarle a esta etapa de la vida, el valor que merece y debe tener en la sociedad.

2.2. Marco histórico

Con el paso de los años, se han establecido diferentes concepciones sobre la vejez, en un intento por describir el rol que el adulto mayor ha desempeñado en las diversas épocas y sociedades. Sin embargo, pese a la subjetividad con la que se aprecia esta etapa de la vida humana desde los diversos ángulos de la tierra, ha sido imposible llegar a un consenso y unanimidad en la conceptualización de este vocablo. En un estudio realizado en el 2006, bajo el título “Situación que afronta el adulto mayor en las relaciones intrafamiliares y la atención que brinda el servicio de obras sociales de la municipalidad de Palencia”, el autor afirmó contundentemente: “Cada sociedad tiene los ancianos /as que ha cultivado y cada tipo de organización socio-económica y cultural es responsable del papel y de la imagen de sus ancianos” (Molina, 2006).

Otra dificultad, ha sido el gran número de concepciones falsas, temores y creencias, toda una imagen que se desprende de las mitologías y leyendas ancestrales que hasta hoy repercuten en la vida y percepciones humanas según la cultura y el lugar de procedencia (Osorio, 2007).

Si buscamos los escritos antiguos referentes a las concepciones de la vejez, nos remontaremos al tiempo de los Babilonios con la creación del mito que reconocía al anciano como un individuo con grandes atributos que le capacitaban para ejercer posiciones de poder y dominio mientras los jóvenes se encontraban bajo su subordinación para satisfacer sus necesidades básicas o debían esperar su muerte para ocupar su lugar. En las sociedades

primitivas, generalmente influenciadas por ideologías religiosas, el anciano era aludido por el privilegio sobrenatural que le concedía la longevidad, vinculada generalmente a la sabiduría y la experiencia. En culturas orientales, desde épocas remotas, se le consideraba bienaventurado al anciano por haber alcanzado el fin supremo del hombre, obtener “la larga vida”. Mientras tanto, en las culturas Incas y Aztecas que emergieron en América, los ancianos eran admirados por su amplio espectro de conocimientos, experiencias y destrezas en el campo de la magia y la religión, y se les confería el control de la propiedad y de su propia familia. Los ancianos eran alabados en leyendas y fábulas, sus atributos eran idolatrados en recuentos mitológicos de dioses y demonios (Osorio, 2007).

En el imperio Romano, los ancianos desempeñaban un papel fundamental como jefe absoluto de su familia, con autoridad ilimitada y algunas veces mal empleada. Esta situación trae consigo conflictos generacionales y un incipiente odio hacia los ancianos en la medida en que la ley civil les confería mayores niveles de poder. Con la irrupción del cristianismo, la vejez es considerada desde un plano fundamentalmente religioso como una de las trágicas consecuencias del pecado que cada ser humano recibe como herencia de un antecesor en común que prefirió el sufrimiento y la muerte en lugar del inigualable gozo edénico: Adán. “Es legendaria la longevidad de los antiguos patriarcas bíblicos cuyo prototipo fue Matusalén, descendiente de Set, hijo de Enoc, padre de Lamet y abuelo de Noé. En el registro sagrado aparece que vivió 969 años. En la época del nomadismo, los ancianos desempeñaban un papel fundamental y eran considerados los jefes naturales del pueblo a los cuales se consultaba cuando era necesario” (Molina, 2006).

Martínez, Polo y Carrasco (2002) refirieron que los ancianos hebreos cumplían un papel crucial en la supervivencia de la tradición religiosa y en el ejercicio de las diversas fiestas ceremoniales que conmemoraban eventos trascendentales del pasado y sucesos futuros

que cambiarían el rumbo de la historia hebrea. Además, fueron un ancla de apoyo y una fuente fiable de consejo para reyes y monarcas en momentos de tensión y crisis nacional. En repetidas ocasiones, Moisés alude a los ancianos como hombres apartados por Dios para ayudarlo con la carga de liderazgo de la nación.

Igualmente, resalta que en la alborada de la edad media y durante la llamada “época oscura” se desencadenaron numerosos conflictos en los cuales el valor del hombre se medía por su desempeño y rendimiento físico en el campo de batalla. El concepto de vejez no se limitaba simplemente a la edad sino estaba ligado directamente a la fuerza física y el vigor de un hombre para enfrentarse y sobrevivir al trajín y los vaivenes de la guerra. Debido a las duras condiciones de vida, la mayoría de la población languidecía aun siendo biológicamente jóvenes, a excepción de los monjes y obispos que eran menos vulnerables a perder su vida al ser privados de las duras condiciones que enfrentaba los gremios socialmente inferiores. Si bien la mayor parte de los eclesiásticos cumplieron sus funciones religiosas hasta el final de su vida, aunque algunos se vieron en la necesidad de ceder sus cargos a los más jóvenes pese a sus limitaciones para cumplir los oficios sacerdotales surgiendo, a partir del siglo XIII, hospicios de sacerdotes ancianos, pues la dignidad del estado eclesiástico no permitía que fuesen reducidos a la mendicidad.

El número de instituciones religiosas que atendían a los más desventurados, en muchos casos viejos, fue en aumento. El hombre medieval lejos de ser indiferente a la vejez, le temía y buscaba ansiosamente los medios para escapar de esta lúgubre pesadilla, aunque fuese por medio de la fantasía, la magia, la alquimia, la religión, la filosofía o de la ciencia.

Durante esta época, prevalecía la ley del más fuerte que establece la sujeción de los débiles a la soberanía, autoridad y constantes abusos de los nobles. Por ello, los ancianos eran parte de la población esclava y eran tratados con osada frialdad como a cualquier otro

plebeyo. Con la llegada del siglo XIV, se desatan mayores brotes de violencia y ataque contra la vejez, resultado de la adoración y culto a la belleza y a la juventud (Martínez, Polo, Carrasco, 2002).

El siglo XIX estuvo lleno de cambios bruscos y tres fenómenos de gran relevancia que transformaron la vida, el pensamiento y las bases políticas y económicas de la sociedad europea: la revolución industrial, el éxodo rural que acarrió el surgimiento urbano y la aparición y desarrollo de una clase nueva (el proletariado). (Porto, 2008). Tales modificaciones trajeron desdicha sobre los más ancianos, pues al avanzar de edad les era difícil cumplir las exigencias laborales que el sistema había creado. Aunque, el hombre de edad perdía fugazmente el prestigio y el poder, a fines de la revolución se establece un equilibrio generacional pues se requería de la fuerza y audacia de los jóvenes, pero también de la experiencia propia de los ancianos.

El progresivo desarrollo de las sociedades industriales provocó un creciente desprestigio de la vejez. Sin embargo, gracias a los avances de la medicina, la higiene y la salud pública, esta población creció en número alcanzando un aumento significativo esperanza de vida de la población en todas las clases sociales. En vista de ello, el anciano va alcanzando una mayor representatividad social y deja de ser un problema individual y familiar para cobrar significado público y convertirse en un problema social que tiene trascendencia a nivel político (Martínez, Polo, Carrasco, 2002).

En los siglos XX y XXI se observó una recopilación de todo un espectro de estereotipos heredados de los siglos anteriores, en los cuales, la sociedad en general ha etiquetado al anciano de diferentes formas: “persona de edad avanzada, ruco, chocho, viejo, persona de tercera edad, adulto mayor” y recientemente se ha empleado el término “adulto en plenitud” para darle una tonalidad más estilizada a esta fase de la vida humana (Preciado,

2014). Aunque se han realizado múltiples esfuerzos por transmitir una visión más agradable de la vejez, la sociedad en general conserva los mismos prejuicios de antaño y el anciano sigue siendo marginado, aunque de una manera más sutil y solapada. En una de sus visitas a un Hogar Geriátrico, el Papa Benedicto XVI afirmó: “La calidad de una sociedad, quisiera decir de una civilización, se juzga también por cómo se trata a los ancianos y por el lugar que se les reserva en la vida en común” (Bergoglio, 2014).

2..3. Marco conceptual

Adulto Mayor

El adulto mayor, es una persona que cursa la última etapa de su vida, conocida como vejez, que comprende desde los 65 años hasta la muerte. La Organización Mundial de la Salud por su parte, realiza una clasificación de sub etapas por rangos de edades y afirma que las personas de 60 a 71 años son viejos-jóvenes, de 72 a 90 años se considera edad avanzada y por último las que logran pasar los 90 años son “grandes viejos” o “grandes longevos”. Otro concepto de la vejez, ofrecido por la Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento. Definir este concepto representa un desafío para las instituciones sanitarias locales, nacionales e internacionales pues es de especial complejidad establecer una edad estándar a partir de la cual se inicie oficialmente esta etapa, debido a los continuos cambios demográficos y las grandes variaciones de la expectativa de vida promedio en los diferentes países del mundo e incluso regiones de un mismo país. Es ésta la razón más contundente con la cual se puede explicar la disparidad de opiniones y definiciones que muchos autores tienen al abordar este tema (Rodríguez, 2011).

Procesos del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso lleno de cambios multidimensionales, tanto psicológicos, sociales y morfo-fisiológicos, todos estrechamente relacionados y simultáneamente desarrollados. Estos son frecuentemente malinterpretados por la sociedad y en algunos casos conducen al adulto mayor a sentirse aislado, vulnerable e incluso deprimido. Estos factores pueden ser tanto endógenos como exógenos. En este proceso la persona se enfrenta a diferentes situaciones que le llevan a cambiar y reestructurar su percepción sobre la vida, sobre sí mismo y sus semejantes. A continuación, se explicarán puntualmente los cambios más relevantes que ocurren en esta etapa de la vida humana, quizás la más controversial y menos añorada por muchos (Rodríguez, 2011).

Cambios biológicos

El adulto mayor es un individuo que ha experimentado una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo de su vida. Según la OMS, todos estos cambios llevan a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Desde un ámbito fisiológico, el adulto mayor experimenta un decline de las funciones físicas y psicológicas, como ya lo afirmamos, y se refleja claramente en la pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Se debe considerar también que estos cambios se efectúan independientemente en cada persona puesto que muchos logran llegar sanos y felices hasta el momento de su muerte. Esto dependerá en gran medida de sus hábitos o, mejor dicho, de su estilo de vida. Una persona con hábitos perniciosos como el de fumar y con una alimentación nutricionalmente pobre –aunque abundante–, no llegará a tener una vejez plena y fructífera, en comparación a aquellos que

adoptaron hábitos saludables y que, por ello han disminuido el riesgo de contraer enfermedades durante la vejez (Cobo, 2010).

En la mayoría de los casos, la vejez es la mejor sinopsis que el ser humano puede tener de su vida, pues se reflejan involuntariamente los efectos de las decisiones precisamente tomadas (Belando, 2000). Este investigador refiere que en la mayoría de los casos los ancianos presentan cambios característicos como la intensificación de la rugosidad y la sequedad en la piel debido a la pérdida de elasticidad, disminución en la actividad psicomotora y de la fuerza muscular causado por la pérdida gradual de elasticidad en los músculos y el incremento progresivo en la rigidez y el encogimiento del esqueleto, cambios degenerativos en los órganos sensoriales como por ejemplo la pérdida de la agudeza visual y auditiva, pérdida de masa ósea lo cual es más frecuente en las mujeres y puede ocasionar enfermedades como la osteoporosis y otros cambios más los cuales podrían conducir a la incapacidad, lo que los volverá parcial o totalmente dependientes. Algunos de estos cambios incluyen:

1) Cambios en los órganos sensoriales

Estos cambios son los que se presentan con frecuencia en el proceso del envejecimiento puesto que las personas mismas los perciben.

a) El aparato auditivo: El oído sufre muchos cambios con el paso de los años y se sabe que este órgano juega un papel importante en el proceso comunicativo. Un deterioro progresivo de este implicará algunos problemas con el relacionamiento social. Muchos de estos ancianos piensan que todo el mundo habla mal de él, lo que desarrolla una conducta irritante en esta persona y dificulta la relación con su cuidador y las demás personas que le rodean. Se sabe que estas alteraciones afectan tanto el oído interno y externo y son clínicamente identificados como (a) la rigidez en la membrana basilar y el tímpano, (b)

Trastorno vascular local que influye en los cambios estructurales del oído interno y (c) alteraciones histológicas generalizadas en células sensoriales de la cóclea, órgano de Corti, etc.

Algunos cambios, además de ser percibidos por el individuo que los experimenta, son visibles también para aquellos que le rodean y que son comúnmente ligados a la edad y el envejecimiento celular, tales como el crecimiento del pabellón auditivo, por lo general en las ancianas que usaron pendientes y el crecimiento de vellos y caída del pabellón auditivo.

Aprender es quizás la acción más natural del hombre. Desde el mismo acto del nacimiento empezamos un proceso de adaptación y “entrenamiento” constante de vital importancia para la supervivencia. Una de las primeras lecciones aprendidas es la de succionar, habilidad fundamental para obtener los nutrientes que tanto necesitamos y sentir el placer de la saciedad. A medida que transcurren los años conseguimos realizar actividades que demandan mayor esfuerzo y habilidad, sin embargo, se tornan tan rutinarias, que frecuentemente no percibimos que las estemos ejecutando. Al llegar a la vejez, el anciano experimentará dificultad para realizar incluso aquellas tareas que antes consideraba sencillas, incluyendo la de caminar y además presentará mayor dificultad en el aprendizaje de nuevas habilidades y conocimientos.

Es aquí donde muchos son agobiados por la desesperación. Se sienten estancados e imposibilitados para hacer aquello que les place con libertad y autonomía. Pareciera que, en vez de avanzar hacia el horizonte, caminan hacia atrás, con la incertidumbre de aquello que vendrá. En algunas ocasiones, se evidencia confusión y dificultad para entender el idioma, causa de congoja y frustración para otros. Se sienten cohibidos de compartir aquello que retumba en sus corazones e imposibilitados de entender aquello que quiere ser comunicado.

Es por eso que las personas que los rodean deberán tomar ciertas medidas como: (a) vocalizar correctamente, (b) hablarles de frente, mirándoles a la cara, (c) comprobar la comprensión del mensaje (d) no exigir en demasía al anciano con sordera, (f) mirar a los ojos, (g) no invadir su espacio al hablar, (h) hablar con la lentitud necesaria para que puedan seguir lo que queremos decir, (i) no moverse alrededor del anciano, (j) usar frases cortas y claras, (k) no gritar y (l) utilizar símbolos para facilitar la comunicación.

b) El aparato gustativo: Este aparato con el paso de los años también se deteriora a causa de la atrofia de las papilas gustativas, las cuales disminuyen en número y proporción de 400 o 500 a tan solo 100 papilas gustativas lo que causa que el anciano presente gran dificultad para degustar la comida o pérdida del apetito progresivo. Este cambio ocasiona que el anciano desee comidas bien sazonadas y de buen aspecto, que le permita obtener información sobre aquello que está ingiriendo. Esto también se ha visto relacionado con enfermedades tales como la anemia, la anorexia, entre otras.

c) El aparato olfatorio: Sabemos que el olfato es un órgano complementario a la lengua pues posee receptores que ayudan a percibir los olores y también algunos sabores, es por ello que cuando tenemos una congestión nasal no podemos percibir a cabalidad algunos sabores. En el anciano ocurren cambios notorios que disminuyen la percepción olfatoria, como el ensanchamiento de la punta de la nariz, el crecimiento de vello y el aumento de las arañas vasculares en los pliegues que median entre nariz y labios (nasolabiales).

Belando (2000) describió que en cuanto a los cambios fisiológicos se sabe que la mucosa nasal se deteriora por lo que el anciano está propenso más frecuentemente a contraer infecciones y como se dijo anteriormente, al desgaste de los receptores olfativos que ocasionan anosmia e inapetencia.

d) La visión: El deterioro de la vista es causa frecuente de profunda inseguridad en el adulto mayor, no solamente por las limitaciones físicas sino por los cambios a nivel estético, siendo los más comunes:

Aumento de lagrimeo por irritación.

Ausencia de lagrimeo.

Párpados hundidos hacia dentro.

Párpados caídos hacia fuera.

Reflejo de parpadeo deficitario.

Aumento de vello en las cejas.

Disminución del número de pestañas.

Cierta atrofia de los músculos periorbitales del ojo.

Aumento de las “palmeras” o adherencias en el ojo.

2)Cambios en el Aparato Respiratorio

Los cambios que ocurren en este aparato son marcados principalmente en la caja torácica. El tórax aumenta en su tamaño antero posterior y decrece el transversal, provocando así una prominente cifosis dorsal que en la mujer es más notable. En la parte interna podemos decir que los alveolos pulmonares crecen disminuyendo así el número y grosor de las fibras elásticas.

3)Cambios en el aparato digestivo

Los cambios más notorios en este aparato son la pérdida o deterioro de los dientes lo cual dificulta mucho la digestión en el individuo. Los tejidos periodontales palidecen y pierden el color y brillo también aparece atrofia del hueso alveolar y del tejido gingival lo que empuja al borde gingival a retraerse a parte de eso la mandíbula también se atrofia

disminuyendo hasta 3,5 grados menos. A causa de todo eso el anciano prefiere comer cosas que no requieran mucho esfuerzo para tritararlo.

En cuanto a los cambios anatómicos de cada uno de los órganos podemos decir lo siguiente:

El esófago se dilata y pierde fibras musculares que son necesarias para la deglución y su mucosa sufre modificaciones.

Algunas enfermedades que generalmente atacan al estómago son atrofiás gástricas, gastritis atrófica, metaplasia intestinal de la mucosa gástrica, y poliposis estomacal, etc.

Los intestinos también sufren cambios, pero más el intestino grueso, disminuyen los movimientos peristálticos y el paso del bolo fecal es más lento de lo normal en una persona joven, todo esto favorece al estreñimiento.

El bazo se hace pequeño. En los casos más extremos hasta dos quintas partes. El páncreas reduce sus dimensiones y su peso. Como consecuencia, la secreción pancreática disminuye proporcionalmente. El hígado también decrece con el paso de los años y su secreción también disminuye.

Al dañarse el tracto gastrointestinal ocasionara que un tipo de flora bacteriana la cual absorbe el calcio y el hierro aumente dando como resultado la anemia y otras enfermedades similares. Otra enfermedad como ya lo mencionamos es el estreñimiento, este problema es bastante visto puesto que 50% de los ancianos lo sufren. Este problema en si es una alteración de la defecación normal del individuo hasta ciertos límites.

Como ya mencionamos el origen de esta causa está en el intestino grueso, con el paso de los años los movimientos peristálticos disminuyen y la mucosa también, ocasionando que el transporte del bolo fecal sea más lento por lo que absorberá agua y cada vez se ira endureciendo, a esto se le suma también la poca fibra que consumen los ancianos en su dieta

la cual ayudaría en la digestión. Tenemos también otros factores que favorecen al estreñimiento:

Los ancianos por lo general tienden a ignorar el deseo de defecar.

Cambio de residencia.

Hábitos alimentarios desordenados como el horario de las comidas o lo que comen.

El consumo de algunos fármacos de efecto depresor del sistema nervioso central (opiáceos, tranquilizantes, relajantes de la musculatura lisa, etc.)

Uso abusivo de laxantes.

Profundos trastornos emocionales.

Carencia de los recursos dentales.

4) Cambios en el sistema endocrino metabólico

en este campo podemos afirmar tres cosas, la primera que en la vejez hay una menor actividad de muchos grupos celulares provocando un descenso del gasto de energía; la segunda es que la constitución orgánica cambia y decrece la masa magra porque ya no hay una regeneración en las fibras musculares de modo que desciende el gasto energético derivado de este. Y por último la tercera afirmación es que la actividad física disminuye, y por tanto, hay menos requerimientos energéticos.

Por lo general, el sistema endocrino de los ancianos sufre atrofas glandulares, fibrosis difusa y pérdida de unidades funcionales. Por ejemplo, la hipófisis, una de las glándulas más importantes de este sistema, se reduce hasta una quinta parte entre los 50 y los 70 años, con casos de fibrosis y descenso de células basófilas y la aparición de adenomas.

Las glándulas adrenales que aportan importantes hormonas se atrofian a nivel cortico adrenal. La tiroides también es dañada, podemos ver que pasa por un proceso de aumento

nodular lo que provoca también un decrecimiento. La próstata puede manifestar una hipertrofia, la cual se considera una enfermedad cuando se agrava y ocasiona incontinencia o retención de orina con otros trastornos en el ámbito sexual como la impotencia.

Igualmente Belando (2000) precisó que algunos ancianos que no sufren de diabetes pueden presentar en esta época de su vida una intolerancia a la glucosa. Muchos estudios nos aseguran que a partir de los 40 años el nivel glucémico en ayunas crece en 2 mg/dl cada diez años y la glucosa postprandial, mejor dicho, la glucosa en sangre después de cada comida, aumenta entre 8 y 15 mg/dl cada diez años. Por esto, las personas ancianas que tienen malos hábitos en cuanto al ejercicio y la comida pueden contraer obesidad y diabetes mellitus tipo II la cual no es insulino-dependiente.

5) Cambios en el Aparato Cardiovascular:

Así como los demás órganos del cuerpo el corazón también sufre desgaste con el paso de los años; presenta síntomas de debilitamiento, su color se torna marrón y sus partes y afluentes sanguíneos sufren trastornos. Podemos decir que:

El corazón sufre cambios en el miocardio, pericardio y endocardio.

El gasto cardiaco disminuye.

La recuperación cardiaca es lenta después de un esfuerzo.

Menos consumo de oxígeno que es causado por la obesidad y el sedentarismo de la persona.

Las fibras elásticas se alargan, deshílan y agrietan, también se acumula el calcio y lípidos los que contribuyen a dar más rigidez y aumentar el riesgo en los vasos de taponamiento y rotura.

6) Cambios en el Sistema Renal

Últimamente se ha demostrado que la función renal decrece alrededor de un 50% entre los 30 y los 80 años y esto afecta a tres cuartas partes de población adulta. A parte del decrecimiento de la función renal, el mismo riñón también decrece en su volumen; dependiendo del anciano o mejor dicho de su estilo de vida el riñón puede decrecer entre un 18% y un 30%. Internamente los glomérulos decrecen y el espacio intersticial aumenta, la membrana de Bowman se engrosa y los túbulos se deforman.

El tejido elástico que sostiene la próstata se desgasta lo que ocasiona deficiencias, también se produce una excesiva excreción de proteínas y electrolitos por la orina, esto ocasiona que el equilibrio hidrosalino se modifique y causa edemas y retención de líquido.

7) Cambios en el Aparato Locomotor

Cambios en los músculos: en la edad adulta la masa muscular se reduce grandemente pues las fibras musculares ya no se regeneran. Esto es porque algunas proteínas que se encargan de eso, que antes se fijaban en los músculos ahora ya no se fijan en estos. También es causado porque la elastina es convertida en elascina ocasionando que las fibras se deshilachen y sean ajadas. Como consecuencia el anciano no podrá realizar ciertos movimientos óptimos y responder correctamente. Esto afecta a todo el cuerpo.

8) Cambios en la masa ósea

Otra seria complicación que viene con la vejez es la pérdida de masa ósea en todo el esqueleto; esto se ve reflejado en el decrecimiento y el cambio de la morfología. Esto es más frecuente en las mujeres a partir de la menopausia. Con el paso de los años el solo hecho de deambular se vuelve peligrosos pues la persona puede sufrir caídas que sin duda alguna lo llevara a una fractura peligrosa. Como ya dijimos, la gran mayoría de mujeres sufren estos cambios y se complica por la osteoporosis que afecta principalmente a la cadera. Las

articulaciones también son afectadas y una de los factores que influye en el cambio de estas es la artrosis.

8) Cambios en el Sistema Nervioso

El cerebro en la vejez decrece en peso y volumen en un aproximado de 10% del normal. Las meninges se engrosan y se hacen fibrosas y las neuronas cambian sus estructuras y muchas se destruyen y no pueden ser regeneradas. Aunque no son males o enfermedades que se deben dar en un anciano normalmente el Parkinson y el Alzheimer, son enfermedades que son consecuencias de un gran deterioro de este sistema. Estas enfermedades hacen que el anciano sea dependiente pues ya no responde con coherencia; los especialistas están investigando a fondo estos temas pues hasta el día de hoy aún no hay tratamiento ni cura para estos.

9) Cambios en el Sistema Inmunológico

Así como los demás sistemas declinan este tampoco es la excepción, el anciano está más expuesto a los agentes infecciosos que se encuentran en el medioambiente. Algunos de los factores que influyen son: Depresión, Enfermedades crónicas, Estrés
El cuidado de enfermos crónicos, como los cónyuges de enfermos de Alzheimer.

10) Cambios en los Órganos Anejos

Las uñas y cabellos sufren cambios totalmente visibles puesto que se encuentran visibles. Los cambios que tienen las uñas son:

Suelen hacerse más estriadas y encorvadas.

Carecen de lúnula.

Crecen con más lentitud, sobre todo en los hombres.

Suele aparecer onicogriposis, que puede traer consigo la inflamación de la zona, u otro tipo de infecciones indeseables.

Por lo general el cabello empieza a caerse y en el hombre puede causar calvicie, es causado por herencia genética, el envejecimiento o por algunas enfermedades, aunque pensamos que esta situación no es peligrosa, en un anciano es difícil pues provocara cambios psicológicos y en su autoestima. Debemos saber que, así como el cabello se cae el vello púbico y axilar también lo hacen. Y a parte de caerse los cabellos empiezan a encanecerse. Los vellos de la nariz y la oreja, al contrario, empiezan a crecer; estos vellos son denominados de la siguiente manera, de las fosas nasales se llaman vibrilas y el de las orejas hipertriosis.

11) Cambios en la Piel

Al igual que las uñas y el cabello los cambios en la piel son muy notorios a la vista de todos. Por esta razón muchas personas con posibilidades optan por las cirugías plásticas para tratar de tapar o esconder los cambios. Algunos cambios normales son: La flacidez de la piel, La piel se hace poco turgente debido a las alteraciones en el colágeno y la elastina.

Resecamiento y sequedad de la piel, originado por la atrofia de las glándulas sebáceas, folículos pilosos activos, y glándulas sudoríparas. Las arrugas de la cara es el cambio más temible para las mujeres; estas arrugas surgen en sentido perpendicular a la dirección de contracción del músculo. Y puede ser influido por: la gesticulación, los procesos de adelgazamiento acelerados, ya sea por el hambre, dietas severas o enfermedades; La herencia genética, factores ambientales, como la exposición al sol; La deshidratación de los tejidos. adelgazamiento de las células epidérmicas, reducción lenta de las células dérmicas, la aparición de “lentigo senil”.

12. Cambios sociales

Después de que el individuo termino su maduración, cada individuo o persona empieza un periodo de confrontación de sus realizaciones existenciales y sus proyectos. Durante este periodo la persona atraviesa por diferentes crisis:

1) El desplazamiento social: está representado principalmente por la jubilación. Cuando una persona pierde el papel social y familiar pues a partir de ese momento esa persona depende de sus ahorros. Esto ocasiona la privación del estatus social y el estancamiento muchas veces.

2) El sentimiento de inutilidad: podemos percibir esto conforme pasa los años pues cada vez más el anciano se hace dependiente de otras personas para que lo cuiden y lo ayuden a realizar sus actividades biológicas. Esto trae serias repercusiones psicológicas.

3) La soledad: esta crisis más que un sentimiento se produce por la pérdida de sus seres queridos y amigos. Con el paso de los años los ancianos muchas veces llegan a vivir con sus hijos quienes tratan de hacer lo posible de atenderlos, pero muchas veces los dejan en los asilos. A veces los ancianos se llegan a sentir estorbo para la sociedad y lo peor que para su familia también.

Para que estas crisis sean superadas los ancianos necesitan apoyo de muchas personas; pero su principal apoyo social es y debe ser su familia y como segundo plano están los amigos, los ex-compañeros de trabajo y a veces los vecinos. El apoyo que le brinden lo ayudara a afrontarse y adaptarse a los grandes cambios que vienen. A parte de todas las crisis el adulto mayor empieza a pensar en la muerte suya y la de su cónyuge. Situación que le provoca mucho estrés.

13. Cambios psicológicos

El decline se da también en el ámbito psicológico, los ancianos, de acuerdo pasan los años, abandonan las metas que no lograron cumplir y empiezan a hacer una autocrítica de su vida y sus logros pasados. Aceptan sus errores y se contentan con sus logros. La actividad de su sistema nervioso disminuye y la capacidad de procesar la información también. Los

ancianos suelen dar más afecto a sus familiares pues sienten un gran apego a ellos, les interesa mucho transmitir sus conocimientos a su generación futura. En cuanto al deterioro mental se sabe que los ancianos que ejercita su mente o están en constante proceso de aprendizaje, presentan un menor deterioro, pero siempre progresivamente ira disminuyendo.

La adaptación psicológica de esta persona es muy dura puesto que la sociedad de hoy en día no lo apoya, sino que al contrario lo margina haciéndole creer o tachándolo de estorbo, esto porque se cree que este grupo social es anticuado y pasado de moda y que no aportan mucho para la sociedad moderna. Los ancianos buscan conservar muchas tradiciones y costumbres que a lo largo de los años se dieron cuenta de que eran correctas. Los ancianos dejan de interesarse por la rapidez y más por que las cosas sean bien hechas.

Estos cambios pueden darse al contrario según el lugar donde se encuentren, lo que explicamos anteriormente es la forma que la sociedad de estatus alta y media los califica. Muchos pueblos y otras culturas califican a los ancianos como personas importantes dignas de prestigio y dan mucho valor a sus palabras pues simbolizan sabiduría, cualquier crisis que suceda requiere de sus sabias palabras.

La pérdida de la memoria afecta en gran manera su comunicación pues no se acuerdan donde pusieron las cosas o que estaban por hacer, esto ocasiona que ellos hagan las mismas preguntas y hablen del mismo asunto repetidas veces. Estos cambios afectan la integridad psicológica de la persona si no recibe apoyo familiar.

Abandono

Si hablamos específicamente del abandono del adulto mayor podemos decir que el abandono es el descuido de los familiares hacia la persona mayor. Si hablamos judicialmente el abandono es un delito que consiste en poner en peligro la vida o la salud de una persona

incapaz de valerse por sí misma. Este delito puede consumarse por no entregar el dinero necesario para su supervivencia o por la omisión de los cuidados personales.

Este caso en una realidad en nuestro país, pero no muchos lo toman en cuenta. El abandono del adulto mayor se puede dar en la propia casa, aislándolo de su familia y de la sociedad o también puede darse cuando lo dejan en un asilo y solo se preocupan de pagar su estadía allí hasta que fallezca. Muchas familias peruanas ven como estorbo a los ancianos pues ya no son generadores de ingresos sino solo de gastos. Esto provoca la pérdida del relacionamiento familiar y del respeto.

Tipos de abandono

1) Maltrato físico: este tipo de abuso es muy frecuente en los asilos donde las personas que los cuidan se cansan de ellos y los golpean, también se da en las propias familias donde no tienen ningún respeto por ellos.

2) El maltrato psicológico o emocional: este tipo de maltrato se da en todo lugar ya sea en la calle casa o asilo pues la sociedad misma enseña o fomenta a esto.

3) El abuso patrimonial o maltrato económico; este tipo de maltrato hoy en día es común en la clase alta o media donde los hijos tratan de aprovecharse de las posesiones de sus padres, limitándoles muchas veces de su bienestar propio. Estas personas manejan a los ancianos como títeres para obtener beneficios económicos para ellos.

Teorías del adulto mayor

La expectativa de vida es una característica propia de las especies, que se ve influenciada por factores ambientales y los mecanismos de regulación genéticos (Popolo, 2001). La vasta heterogeneidad en la expresión de los genes propia de muchas especies, especialmente de los seres humanos, y la complejidad de las interacciones con el medio externo crea variaciones significativas en el fenotipo de la senectud. A pesar de los numerosos esfuerzos que se han

hecho por determinar las manifestaciones fenotípicas propias del envejecimiento, no se ha logrado llegar a un consenso entre las partes involucradas en la investigación. Además, el tema se ha abordado desde diversas perspectivas, que incluyen análisis teóricos con influencia religiosa o filosófica y también estudios científicos que se centran en los cambios fisiológicos que este proceso abarca.

Muchas de las teorías que se conocen hoy sobre este tema tienen sus raíces en preconceptos antiguos que han perdurado a través del tiempo y han sido adoptados incluso en la actualidad. A continuación, analizaremos los planteamientos que se han considerado más representativos y las modificaciones que han sufrido pese a algunas inconsistencias que estos presentaban.

Teoría del desgaste de órganos

Esta teoría concentra uno de los planteamientos clásicos sobre las causas del envejecimiento y plantea que este proceso es el resultado de muchos años de desgaste físico de las estructuras corporales tanto macroscópicas como aquellas que no pueden detallarse a simple vista. En tiempos modernos, se ha encontrado una correlación de esta teoría con la planteada por Weisman a principios del siglo pasado, quien corrobora que el desgaste de las células somáticas está ligada al continuo trabajo fisiológico que ocurre en ellas. Esta teoría sustenta que los efectos del ritmo de vida y el trabajo incesante de la maquinaria viviente tienen un importante efecto en la apariencia del ser humano con relación al tiempo Castanedo,

Carmen y Sarabia (2013). Además, se concluye que el estilo de vida es un factor preponderante en la regulación de la velocidad con la cual se desarrolla este proceso, aunque se desconocían los mecanismos fisiológicos que lo desencadenaban. Recientemente, el biogerontólogo español Jaime Miquel sugirió que el deterioro de las células individuales se

debe a la formación de los radicales libres durante los procesos metabólicos normales y esta tasa se ve aumentada drásticamente durante la actividad física permanente o situaciones estresantes (Martínez,2009).

Las organelas mayormente afectadas son las mitocondrias que, a diferencia del núcleo, carecen de un sistema de reparación de daños en el ácido desoxirribonucleico (García ,2000). Si este planteamiento resulta verdadero, debería considerarse al proceso de formación de radicales libres como la causa fundamental de los cambios relacionados con la edad y no necesariamente el desgaste natural. Otra investigación que ha tenido gran acogida en el ámbito científico fue aquella que demostró el progresivo acortamiento de los telómeros, consecuencia del mecanismo de replicación del ADN celular. Cada cromosoma posee en sus extremos una serie de secuencias altamente repetitivas y no codificante denominada telómeros que se van acortando con las sucesivas divisiones. Esto se ve atenuado por la existencia de una enzima denominada telomerasa que realiza la replicación telomérica.

Sin embargo, la actividad telomerasa es propia de las células embrionarias, e inactiva en las células somáticas, lo que conlleva a un acortamiento progresivo de los telómeros cromosómicos de dichas células. Cuando el tamaño de los telómeros llega a cierto nivel mínimo, se desencadenan mecanismos que conducen a la muerte celular. Es por esta razón que el acortamiento telomérico se ha asociado con el proceso de envejecimiento celular (Cottliar y Slavutsky 2000).

Teoría de la autointoxicación

Esta teoría explica el proceso del envejecimiento como el resultado de la acumulación de productos de desecho del metabolismo celular como de todo el organismo. El fundamento sobre el cual se plantea esta teoría se puede resumir en la afirmación hecha por el reconocido

médico español Ramón y Cajal: La sangre es, a la vez el río que fecunda la cloaca que recoge las escorias de la vida celular Escarbajal.

Recientemente, el médico español Alberto Martí se fundamentó en los estudios histopatológicos desarrollados por Pischinger para afirmar que casi todas las enfermedades frecuentes e incluso el deterioro celular tienen un punto de partida en común. Basado en el hecho de que estamos formados por un 70% de agua, el oncólogo pediátrico explica metafóricamente que las células flotan en una piscina de agua cristalina.

Debido a las continuas actividades metabólicas y a los pocos esfuerzos que se hacen por depurar y limpiar “los filtros corporales”, el sistema de drenaje podría fallar, limitando la excreción de residuos corporales y promoviendo la retención de los mismos en el espacio intersticial. Tras la colisión del sistema, las células estarían obligadas a nadar sobre su propio “excremento”.

Una célula sometida constantemente a un entorno hostil y desprovista del oxígeno y alimento indicados, sólo tiene dos opciones: morir, o intentar sobrevivir. Si no reacciona, la célula será atacada químicamente por los radicales libres que la rodean, y prontamente morirá. Sin embargo, como estructura viva podría ejercer su “instinto de supervivencia” e intentar defenderse. En su intento por prolongar su existencia, activará una reacción en cadena de procesos que favorecerán el envejecimiento celular y el desarrollo de cuadros patológicos (Martí, 2010).

Teoría del Trastorno Glandular Endocrino

Considera a los órganos reproductores como las estructuras reguladoras del proceso de envejecimiento y sostiene que dicho proceso no es más que el resultado natural del deterioro de las glándulas de secreción interna, especialmente de las gónadas. Por ende, algunos

defensores de la teoría han sugerido que, tras el suministro exógeno de preparados glandulares, se podría retrasar el envejecimiento e incluso evitarlo (Miquel, 2005). En la actualidad, algunas teorías han sido superadas. Sin embargo, se emplean como precedentes y motivación para lograr explicar la etiología del envejecimiento de manera más acertada y convincente.

Teoría de Gestalt

La teoría de Gestalt es en sí un conjunto de leyes que hablan de la percepción del ser humano. Si enfocamos cada ley al aspecto psicológico podemos decir:

En primer lugar, el principio general de figura y fondo afirma que cuando se tiene una imagen sin fondo nuestro cerebro tratara de descifrar que es lo que es en realidad y llega a confundir a la mente. Esto provoca confusión y estrés en la persona. Esto mismo ocurre cuando una persona tiene una situación incierta en su vida y no sabe porque pasa lo que pasa; la persona tiene mucho estrés.

En segundo lugar, la ley general de la buena forma establece que el cerebro prefiere formas simétricas, continuas y acabadas que sean armoniosas. Muchas personas rechazan las cosas que no son así y también a persona que no son correctas o que no tienen una personalidad definida o firme. Nuestro cerebro siempre intentara definir lo inconcluso.

En tercer lugar, la ley del cierre o de la completud indica que cuando nos dan una figura inconclusa nuestro cerebro lo descifrárá rápidamente puesto que tenemos la capacidad de hacerlo; en las situaciones cotidianas nosotros percibimos algunos aspectos de un problema y podemos sacar conclusiones y buscar una solución.

En cuarto lugar, la ley del contraste habla sobre el contraste de colores para poder percibir las cosas con claridad, llevándolo a las situaciones cotidianas podemos decir que es la capacidad de comparar situaciones para que así analicemos nuestra condición.

En quinto lugar, la ley de la proximidad establece que los elementos tienden a agruparse con los que están más próximos, las personas también lo hacemos por eso es algo lógico que estemos más apegadas a las personas con las que convivimos, es lo que pasa con los ancianos ellos sienten un gran apego por sus familiares y tratan de excusarlos para sentirse bien.

Finalmente, la ley de la similaridad afirma que los elementos que son iguales son agrupados en uno solo. Esto es lo que pasa hoy en día, pensamos que todos son iguales y pensamos que las personas que tienen características similares son iguales y tendemos a calificarlas igual que tras y a estereotiparlas (Gurevicz y Toro, 2014).

Teorías psicológicas

Esta teoría enfoca principalmente los siguientes temas: (a) Facultades cognitivas, (b) rasgos de la personalidad y (c) afrontamiento de la problemática del envejecimiento. Estos se explicarán detenidamente a continuación:

Si hablamos de las facultades cognitivas abarcamos un tema bastante amplio pues implica hablar de la capacidad de pensar, razonar, actuar, percibir, reaccionar, decidir y más. Y como hemos venido diciendo todos los ancianos sufren un deterioro cognitivo, pero unos más que otros. Esto puede ser influenciado por distintos aspectos como el nivel educativo, el entorno social en que viven y las actividades que realizó durante su vida. Todos estos aspectos influyen ampliamente en la personalidad de cada anciano, algunos pueden llegar a olvidar el

idioma puesto que hay muchos quechua hablantes que tienen como segundo idioma el español y conforme pasan los años olvidan el español y les perjudica en sus relaciones personales.

También ocasiona el aislamiento de la persona porque nadie lo entendería. Por lo que puede tornarse introvertido y llegar a la depresión. Muchos ancianos al ver los cambios de la vejez no aceptan su situación y se frustran tratando de ocultar estos cambios ya sea con cirugías, maquillaje y otros. Estos con el paso de los años logran aceptar su vejez puesto que ya no pueden ocultarlo. Hay otras personas que aceptan la vejez y logran vivir felices y se desarrollan logrando una vejez óptima y saludable (Cobo, 2010).

Teorías sociales

Esta teoría explica que la sociedad ve al anciano como una carga que no genera ingresos, sino que genera gastos. Nuestra sociedad, hoy en día está interesada en personas jóvenes que puedan generar ingresos no en los ancianos los cuales bajan su rendimiento laboral por los mismos achaques de la vida. Los adultos mayores adquieren un estilo de vida sosegado, menos ajetreado en lo social, basado principalmente en ampararse bajo el cariño y el afecto de sus seres queridos; quienes son su principal soporte.

Sin embargo, muchos estudiosos dicen lo contrario, que al adquirir un estilo de vida súper activo en esta etapa de la vida lograra tener una vejez plena. En cambio, otros logran unir estas dos posiciones logrando una estabilidad entre ambas. Considerando que los ancianos tienden a autoexcluirse de las actividades físicas debido a que se sienten incapaces de realizarlas o consideran que las actividades que le piden hacer son vergonzosas (Cobo, 2010).

Teoría del desarrollo de Erick Erickson

En la fase del envejecimiento, Erickson veía un conflicto entre la integridad y la desesperación, en otras palabras, la aceptación de la vida individual en contra posición a los sentimientos de desesperación y depresión, donde se experimenta el miedo a la muerte y a las enfermedades existentes en esta última etapa de la vida. Además, esta se caracteriza por un distanciamiento social, un sentido de inutilidad biológica debido a que el cuerpo ya no responde como antes, junto a un sinnúmero de enfermedades somáticas propias de la edad, provocando la aparición de preocupaciones relativas a la muerte.

Los familiares, amigos y personas contemporáneas a su época mueren, y ello contribuye al nacimiento de un sentimiento de desesperanza. Esto promueve que algunos adultos mayores empiecen a preocuparse por su pasado, y en un proceso de reminiscencia, evalúen que han hecho con su vida a través de los años. Debido a la etapa natural del ciclo de vida que están pasando, el autor menciona que psicológicamente el adulto mayor se siente deprimido y preocupado no solo por su pasado (hechos que realizaron y que marcaron su vida), sino además por su futuro (la muerte y el sufrimiento que pasarán si se llegase a contraer alguna enfermedad) (Bordignon, 2005).

Teoría de la Actividad o del Apego

Es una teoría contraria a la teoría de la desvinculación o del desapego. Este modelo sociológico afirma que solo el individuo activo puede ser feliz y satisfecho. La persona ha de ser productiva, útil en el servicio material en el contexto donde se encuentre; de lo contrario, la desgracia, el descontento, la sensación de inutilidad se centrará en él. En esta se destaca la importancia de permitir que una persona mayor pueda realizar las mismas actividades que una persona joven, pues la diferencia de edad no debe ser un obstáculo, y evitar de esa manera que

la persona mayor se sienta inútil e inservible ya que no realiza las mismas actividades que solía hacer en su juventud (Merchán y Cifuentes, 2013).

Conceptos básicos

Adulto Mayor. Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).

Centro Geriátrico. Institución compuesta por médicos y enfermeros que se ocupa exclusivamente del cuidado y el tratamiento de los individuos ancianos. No es un asilo, sino una institución especializada en brindar cuidados especiales, servicios de enfermería y atención médico-geriátrica que requieren los adultos mayores dependientes debido a las enfermedades o complicaciones que padecen. También, se les conoce como Centro de Retiro, Estancia o Residencia.

Categoría de adulto mayor según OMS. Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

Cuestionario “A” del adulto Mayor. Está diseñado para poder medir el nivel de cuidado de adultos mayores que viven dentro de hogares geriátricos y su cuidado en mayor proporción depende de terceras personas y/o de profesionales de salud.

Cuestionario “B” del adulto Mayor. Está diseñado para poder medir el nivel de cuidado de adultos mayores que viven de forma independiente y/o con sus familiares en casa y su cuidado en mayor proporción no depende de terceras personas sino de personas de lazos directos consanguíneos de 1º 2do grado de consanguinidad o parientes políticos.

3.1.2. Diseño de investigación

Diseño asociativo, correlacional, comparativo porque se buscó hallar la relación que tiene las variables en estudio además de verificar las diferencias en el nivel de abandono en ambas muestras. De corte transversal porque el instrumento utilizado en la investigación se aplicó en un tiempo único.

3.2. Población y Muestra de Estudio

3.2.1. Población

La población está representada por adultos mayores a partir de los 60 años en adelante que gozan de buena salud mental y residen en hogares geriátricos y también adultos mayores que viven independientemente y adultos mayores que viven bajo el cuidado de sus hijos.

La Población del Hogar geriátrico Canevaro es de: 320 adultos mayores, 172 hombres y 148 mujeres. Hogar Geriátrico Señor de los Milagros su población es de 22 personas. La población adulto mayor de Lima es de 1 463,200 (658,000 varones y 804,600 mujeres) y Chosica 40 000.

Muestra

En la definición del tamaño de la muestra se empleó el muestreo no aleatorio, no probabilístico; es decir; la selección y tamaño de la muestra estuvo a decisión del investigador. Además, por el motivo de la complejidad de la prueba y el difícil acceso a los adultos mayores, por limitaciones físicas o psíquicas que mucho de ellos presenta; no fue usado el muestreo estratificado o por conglomerados y que hubiera sido lo más indicado para un detalle más minucioso de la variable. De igual manera, se presentó dificultad para definir la población ya que no se cuenta con una base de datos de la población mayor a disposición del investigador.

No se aplicó el instrumento a todos los residentes de los hogares geriátricos y a todos los ancianos de la zona, lo cual hubiera sido lo ideal para obtener la muestra y hacer el estudio de tipo probabilístico.

Tabla 1. *Distribución de la muestra de internos en los Hogares Geriátricos.*

HOGAR GERIÁTRICO	CANTIDAD
Hogar Geriátrico Señor de los Milagros	16
Hogar Geriátrico Canevaro	24
Total	40

Tabla 2. *Distribución de la muestra de Adultos Mayores Independientes..*

DISTRITO	CANTIDAD
Lima Metropolitana	48
Chosica	32
Total	80

3.2.2. Muestra

3.3. Criterios de exclusión e inclusión

3.3.1. Criterios de exclusión

El estudio excluyó a personas menores de 60 años de edad o ancianos diagnosticados con Alzheimer, con enfermedades neurodegenerativas u otra disfunción mental. También a adultos mayores con limitaciones sensoriales que les impida la interacción con el investigador y por ende el desarrollo del instrumento.

3.3.2. Criterios de inclusión

El estudio incluyó a personas residentes de Centros Geriátricos y adultos mayores que viven con total independencia o bajo el cuidado de su familia, quienes cumplen con la definición de adulto mayor establecida por la OMS, es decir, son mayores de 60 años y además gozan de buena salud mental.

3.4. Variables de estudio

VARIABLE A

Percepción.- nivel subjetivo de apreciación sobre situación social del estado en que se encuentra en el hospicio.

El estudio refleja la percepción del adulto mayor desde tres dimensiones diferentes:

Afectivo: Que permite determinar el estado emocional y la integridad de los lazos afectivos de la persona en estudio.

Soporte: La cual está vinculada al apoyo familiar, social y económico que el adulto mayor recibe.

Cuidado: Relacionada a la atención por parte de su familia, cuidadores y personal sanitario en pro del bienestar de este.

La percepción afectiva Los investigadores pretenden describir el nivel de abandono que viven los ancianos de una comunidad cercana a la suya.

VARIABLE B

Abandono del adulto mayor: Abandono es la falta de responsabilidad parental y social, que ocasiona una omisión ante las necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los familiares, cuidadores o el estado. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, entre otras omisiones graves.

Tabla 3. Operacionalización de la variable: Nivel de abandono del adulto mayor-TIPO A

Matriz Operacional de la Variable Modalidad A					
DIMENSIONES	INDICADORES	Nº	ITEMS	INSTRUMENTOS	VALORACIÓN
Afectivo	Emocional	4	¿Ocupa usted un lugar preferente de respeto en su familia?	Escala de Percepción de Abandono del Adulto Mayor sustentado en la teoría de Gestalt y adaptado por Dr. Guido Angelo Huapaya Flores y autores de la tesis.	Alternativas de Respuesta: SI: 0 NO:1 Indicadores de Abandono: 0-2 No se percibe abandonado. 3-5 Ligeramente abandonado. 6-8 Medianamente abandonado. 9-11 Muy abandonado. 12-14 Totalmente abandonado.
		6	¿Está satisfecho con la forma en la que la familia le expresa afecto y responde a sus sentimientos como enfado, tristeza y amor?		
		12	¿Se siente abandonado por su familia?		
Soporte	Familiar	1	¿La persona que tramito su ingreso, se responsabilizó de usted, proporcionando datos verdaderos para su localización?		
		3	Desde su internamiento en el hogar geriátrico , ¿su familia ha pasado tiempo con usted fuera de este?		
		5	¿Se interesa y preocupa su familia por sus problemas de salud?		
	Social	8	¿Existe buena comunicación con su familia?		
		11	¿Su familia dispone de tiempo para visitarlo frecuentemente?		
	Económico	10	¿Es su familia la que solventa su estadía en el Hogar Geriátrico?		
Cuidado	Interés Familiar	2	¿La persona que lo internó le trajo el material de uso personal?		
		7	¿Recibe ayuda familiar en lo que se refiere a cuidados y mantenimiento de su salud?		
	Apoyo Sanitario	9	¿Recibe asistencia médica de control?		
	Personal de Apoyo	13	¿Tiene a alguien que se encargue todos los días de su cuidado?		
		14	¿La persona encargada de cuidarle, lo maltrata?		

Tabla 4. Operacionalización de la variable: Nivel de abandono del adulto mayor-TIPO B

Matriz Operacional de la Variable Modalidad B					
DIMENSIONES	INDICADORES	Nº	ITEMS	INSTRUMENTOS	VALORACIÓN
Afectivo	Emocional	4	¿Ocupa usted un lugar preferente de respeto en su familia?	Escala de Percepción de Abandono del Adulto Mayor sustentado en la teoría de Gestalt y adaptado por Dr. Guido Ángelo Huapaya Flores y autores de la tesis.	Alternativas de Respuesta: SI: 0 NO:1 Indicadores de Abandono: 0-2 No se percibe abandonado. 3-5 Ligeramente abandonado. 6-8 Medianamente abandonado. 9-11 Muy abandonado. 12-14 Totalmente abandonado.
		6	¿Está satisfecho con la forma en la que la familia le expresa afecto y responde a sus sentimientos como enfado, tristeza y amor?		
		12	¿Se siente abandonado por su familia?		
Soporte	Familiar	1	¿La persona que reside con usted es una fuente fiable de apoyo?		
		3	¿Está usted frecuentemente involucrado en los eventos familiares?		
		5	¿Se interesa y preocupa su familia por sus problemas de salud?		
	Social	8	¿Existe buena comunicación con su familia?		
		11	¿Su familia dispone de tiempo para visitarlo frecuentemente?		
	Económico	10	¿Es su familia la que solventa su estadía en el Hogar Geriátrico?		
Cuidado	Interés Familiar	2	¿Satisface su familia a sus necesidades, proporcionándole material de uso personal?		
		7	¿Recibe ayuda familiar en lo que se refiere a cuidados y mantenimiento de su salud?		
	Apoyo Sanitario	9	¿Recibe asistencia médica de control?		
	Personal de Apoyo	13	¿Tiene a alguien que se encargue todos los días de su cuidado?		
		14	¿La persona encargada de cuidarle, lo maltrata?		

3.5. Consideraciones Éticas

La presente investigación tiene referente y consideraciones a los lineamientos éticos internacionales: Código de Nüremberg (1947), Declaración de Derechos Humanos, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Informe Belmont (1978) de la Comisión Nacional para la Protección de sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y del Comportamiento, Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO-2005. Declaración de Córdoba. Red

de Bioética de la UNESCO (2008). *Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health – Related Research with Human Participants*, OMS (2011).

Como lineamientos éticos nacionales se han tomado en cuenta lo plasmado en las leyes peruanas como lo bien estipula la Constitución Política del Perú de 1993, El Decreto Legislativo N° 295 Código Civil, Ley N° 29733 Ley de Protección de Datos Personales, Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud, Códigos Deontológicos de los Colegios Profesionales de las Ciencias de la Salud del Perú vigentes.

Tomando en cuenta dichos considerandos se acondicionó los ítems del instrumento respetando las normas internacionales y nacionales vigentes, además se articuló un párrafo de declaración de consentimiento informado por el encuestado quien tenía plena libertad para responder o no la encuesta. Asimismo, la encuesta contiene compromisos del investigador a usar los datos exclusivamente para el objetivo del estudio y de no revelar la identidad de los encuestados (aun sea por indicios demográficos, ya que no se consideró que pongan nombres). A cada participante, se le informó el propósito del estudio y su participación voluntaria, salvaguardando así el derecho a la confidencialidad y a la libertad de opinión.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada para recolectar datos es una encuesta que evalúa la percepción de abandono en el adulto mayor. El instrumento fue extraído de un estudio “Percepción del Adulto Mayor Hospitalizado en Cuanto al Abandono por sus Familiares” con enfoque en la teoría de Gestalt; los autores fueron Amparo Zúñiga Ramos, Patricia Eugenia Pasquel Barrios y Aurora Zamora Mendoza; adaptado por el Mg. Guido Ángel Huapaya Flores, teniendo en cuenta los indicadores y la situación de la población en estudio. Además, se elaboraron dos tipos de encuestas etiquetadas como A y B. La de tipo A fue utilizada para el estudio de los

residentes de Hogares Geriátricos, mientras que la de tipo B fue aplicada en adultos mayores que viven de manera independiente o dentro del vínculo familiar. Sin embargo, debemos destacar que las variaciones entre los dos tipos de instrumentos son mínimas y las preguntas corresponden a las mismas dimensiones según el orden establecido. A fin de determinar el nivel de Abandono del Adulto Mayor, ya sea que residan en Hogares Geriátricos o independientemente.

El instrumento fue nombrado “Cuestionario del Nivel de Abandono del Adulto Mayor” y está conformado por 28 preguntas y afirmaciones con ítems de respuesta cerrada (dicotómicos). El instrumento consta de instrucciones, información general y cuestionario. El tiempo calculado para rellenar la encuesta es de 20 minutos, considerando algunos contratiempos o problemas mencionados anteriormente.

El cuestionario está dividido en tres dimensiones, cada dimensión tiene indicadores diferentes. La dimensión de percepción afectiva consta de un solo indicador (Emocional) y 3 ítems, la dimensión de percepción de soporte consta de 3 indicadores (Familiar, Social y Económico) y 6 ítems y la dimensión de percepción de cuidado consta de 3 indicadores (Interés Familiar, Apoyo Sanitario y Personal de Apoyo) y 5 ítems. La distribución de estos fue de manera salteada para disminuir la posibilidad de sesgo.

3.6.1. Elaboración del instrumento

El instrumento denominado “Cuestionario del Nivel de Abandono del Adulto Mayor” fue elaborado por Amparo Zúñiga Ramos, Patricia Eugenia Pasquel Barrios y Aurora Zamora Mendoza, autoras del Estudio “Percepción del Adulto Mayor Hospitalizado en Cuanto al Abandono por sus Familiares”, quienes lo sustentaron en la teoría de Gestalt.

Este cuestionario estaba dirigido a pacientes hospitalizados por lo cual no era útil para el presente estudio, motivo por el cual se tuvo que adaptarlo. El cuestionario de tipo A (para adultos mayores que están internos en hogares geriátricos) fue modificado de la siguiente manera: de las 14 preguntas del cuestionario fueron modificadas 6; de la dimensión de soporte fueron modificados los ítems 1, 3, 10, 11 los cuales pertenecen a los indicadores: Familiar, Social y Económico; de la dimensión de cuidado se modificaron los ítems 2 y 7 que pertenecen al indicador de Interés Familiar.

Y el cuestionario de tipo B que está dirigido a adultos mayores que viven independientemente o con sus familiares, fue modificado así: de las 14 preguntas se adaptaron 3 preguntas que corresponde a la dimensión de soporte los ítems 1 y 3, mientras que el ítem 2 corresponde a la dimensión de cuidado.

Estos procesos de adaptación fueron hechos por el Mg. Guido Ángel Huapaya Flores, docente de investigación de la escuela de medicina y de la Unidad de Posgrado de Salud Pública de la Universidad Peruana Unión.

3.6.2. Validación del instrumento

El instrumento denominado “Cuestionario del nivel de abandono del adulto mayor”, se le aplica la validación de contenido por cinco jueces expertos en el área de investigación en geriatría, psicología y estadística.

La validez de constructo para los dos instrumentos se llevó a cabo mediante la prueba KMO y Bartlett confirman que la validación de constructo es considerable. Dónde la Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo =,660 lo que indica que la correspondencia de los ítems es considerable. Y por otro lado el nivel de significancia (el cual explica que los

resultados no dependen del azar) de la Prueba de esfericidad de Bartlett = ,000 lo que acredita que el instrumento es altamente valido para ser aplicado.

Tabla 5. Validación del instrumento A del adulto mayor.

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,660
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	150,881
	gl	91
	Sig.	,000

Tabla 6. Confiabilidad del instrumento A del adulto mayor.

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	40	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	40	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,766	14

El coeficiente Alfa de Cronbach es de 0. 766 lo cual permite decir que el instrumento A empleado en la prueba piloto para medir el Abandono del adulto mayor es considerable. A la

misma vez, se determinó la validez estadística de cada ítem por el mismo procedimiento de Alfa de Cronbach aplicando el comando “si se elimina el elemento”

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Percepción de Respeto Familiar	4,95	7,279	,643	,723
Satisfacción Afectiva y Emocional	4,93	7,610	,495	,739
Percepción de Abandono	4,95	7,638	,494	,740
Responsabilidad Familiar	5,23	8,538	,373	,755
Participación en Actividades Recreativas Familiares	4,50	8,154	,377	,752
Interés familiar por el Estado de Salud	4,90	7,374	,582	,729
Calidad de Comunicación Familiar	4,88	7,394	,567	,731
Disponibilidad Familiar	4,55	7,946	,425	,747
Apoyo Económico Familiar	4,88	8,471	,161	,776
Cuidado por la Imagen y Aseo Personal	4,83	8,199	,254	,766
Participación Familiar en Mantenimiento de la Salud	4,73	7,487	,530	,735
Asistencia Médica de Control	5,18	8,404	,347	,755
Atención Personalizada Permanente	5,28	9,179	-,015	,773
Percepción de Maltrato	5,15	9,259	-,091	,788

En este cuadro de validez ítem por ítem en relación con el nivel de coeficiente alfa; se observa que ningún ítem genera una correlación negativa, lo que significa que están midiendo lo mismo que el instrumento. Por lo cual no es necesario eliminar ninguno de ellos por ser útiles al instrumento A.

Tabla 7. Validación del instrumento B del adulto mayor.

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,772
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	474,631
	gl	91
	Sig.	,000

Tabla 8. Confiabilidad del instrumento B del adulto mayor.

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	120	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	120	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,813	14

El coeficiente Alfa de Cronbach es de 0. 813 lo cual permite decir que el instrumento B empleado en la prueba piloto para medir el Abandono del adulto mayor es considerable. A la

misma vez se determinó la validez estadística de cada ítem por el mismo procedimiento de Alfa de Cronbach aplicando el comando “si se elimina el elemento”

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Percepción de Respeto Familiar	4,94	11,030	,505	,798
Satisfacción Afectiva y Emocional	4,87	10,783	,539	,794
Percepción de Abandono	4,82	10,885	,473	,799
Percepción de Apoyo Familiar	4,95	11,090	,490	,799
Participación en Eventos Familiares	4,65	11,036	,390	,806
Interés familiar por el Estado de Salud	4,87	10,436	,659	,785
Calidad de Comunicación Familiar	4,86	10,660	,571	,792
Disponibilidad Familiar	4,61	10,694	,503	,797
Solvencia y Acompañamiento a Citas Médicas	4,62	11,362	,289	,814
Cuidado por la Imagen y Aseo Personal	4,70	10,968	,413	,804
Participación Familiar en Mantenimiento de la Salud	4,62	10,707	,497	,797
Asistencia Médica de Control	4,79	11,309	,321	,811
Atención Personalizada Permanente	4,81	11,518	,259	,815
Percepción de Maltrato	4,93	11,659	,263	,814

En este cuadro de validez ítem por ítem en relación con el nivel de coeficiente alfa; se observa que ningún ítem genera una correlación negativa, lo que significa que están midiendo lo mismo que el instrumento. Por lo cual no es necesario eliminar ninguno de ellos por ser útiles al instrumento B.

3.6.3. Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos primero validamos el instrumento con cinco especialistas de distintos ámbitos como: investigación, psicología, estadística y geriatría. Luego investigamos de los centros geriátricos de la zona para poder contactarnos con estas y solicitar un permiso. Luego de hacer esto, acordamos el día y la hora para poder realizar la encuesta con tranquilidad y que no se cruzara con otras actividades.

El primer centro geriátrico que visitamos se llama “Señor de los Milagros”, la fecha que nosotros visitamos a este hogar geriátrico era un día antes del día del adulto mayor en el Perú 26 de Agosto; a causa de esto se tenía que llevar un presente para ellos en lo cual gastamos aproximadamente 200 soles. Igualmente, en el Día Mundial del Adulto Mayor el 01 de Octubre se realizó la visita al centro de reposo Canevaro que está localizado en el centro de Lima distrito del Rímac, se tuvo que tramitar los permisos necesarios trámites requeridos por el Hogar Geriátrico.

Tabla 9. Cronograma de actividades para la recolección de datos.

N°	Fecha	N° Horas	Lugar	Descripción
1	17/07/16	2 Horas	Hogar Geriátrico Señor de los Milagros	Trámites de Ingreso
2	26/08/16	4 Horas	Hogar Geriátrico Señor de los Milagros	Aplicación del Instrumento
3	26/09/16	5 Horas	Hogar Geriátrico Canevaro	Trámites de Ingreso
4	27/09/16	6 Horas	Oficina de Beneficencia de Lima Metropolitana	Solicitud Oficial de Ingreso al Hogar Geriátrico Canevaro
5	01/10/16	8 Horas	Hogar Geriátrico Canevaro	Aplicación del Instrumento
6	06/10/16	8 Horas	Centro de Lima (Plaza Mayor de Lima, Plaza San Martín e inmediaciones del Rimac)	Aplicación del instrumento a transeúntes.
7	08/10/16	4 Horas	Chosica (Ñaña)	Aplicación del instrumento a transeúntes.

3.7. Plan de tabulación y análisis de los datos

Los datos recolectados se procesaron mediante el paquete estadístico computacional Statistical Package of the Social Sciences (SPSS), versión 22. Las técnicas estadísticas utilizadas para analizar los datos correspondientes a los objetivos de la investigación son descriptivas e inferenciales. Se aplicó medidas de tendencia central y de variación. Para la verificación de la comparación entre variables, se utilizó la prueba de contingencia de la prueba Chi Cuadrado (χ^2), para verificar las diferencias descriptivas entre ambas. Los resultados obtenidos se interpretaron de acuerdo con los objetivos del estudio, los mismos que son expuestos mediante tablas y figuras.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De la aplicación del instrumento se obtuvo los siguientes resultados:

4.1. Resultados

Resultados descriptivos

En la tabla 10 en cuanto al Tipo A: se observa que la mayoría de los encuestados tienen educación secundaria en 37.5% y de educación primaria en 35%. Mientras que la menor proporción son analfabetos en 7.5% y los que tienen educación superior en 20%. Esto nos indica que la mayor proporción provienen de la educación básica regular. Por otro lado en cuanto al Tipo B: se puede observar que la mayor parte de los individuos encuestados recibieron educación primaria en 36,3%, seguido de los que tienen educación superior en 30%. Los que presentan educación secundaria constituyen el 26,3%, y el menor porcentaje lo presentan los encuestados que son analfabetos en 7,5%. Esto nos indica que la mayor proporción provienen de una educación básica regular y de una educación de grado superior.

Tabla 10. *Grado de estudio de los encuestados.*

	Tipo A		Tipo B	
	n	%	n	%
Superior	8	20.0	24	30,0
Secundaria	15	37.5	21	26,3
Primaria	14	35.0	29	36,3
Analfabeto	3	7.5	6	7,5
Total	40	100.0	80	100,0

En la tabla 11, en cuanto al Tipo A: se observa que la mayoría de los encuestados tienen de 72 a 90 años de edad , que representa un 65%, seguido de aquellos que tienen de 60 a 71 años, en 20%, y los que tienen de 91 años a más en ,15%. Esto indica que la mayoría de los encuestados están sobre los 72 años los cuales requieren una atención especial por parte de los hijos. Por otro lado en cuanto al Tipo B: se puede observar que la mayor parte de los encuestados están comprendidos entre las edades de 60 a 71 años en 52,5%, seguido de los que presentan de 72 a 90 años de edad en 47.5%. No se encuestaron personas mayores de 91 años de edad. Esto nos indica que la mayoría de los encuestados tienen edades que se encuentran entre el rango de 60 a 71 por lo que ya están entrando a la senectud y se requiere que los hijos les presten atención.

Tabla 11. Edad de los encuestados.

	Tipo A		Tipo B	
	n	%	n	%
60-71	8	20.0	42	52,5
72-90	26	65.0	38	47,5
≥91	6	15.0	0	0
Total	40	100.0	80	100,0

En la tabla 12, en cuanto al Tipo A: se observa que la mayoría de los encuestados son del género femenino en 57%, mientras que del género masculino el 42.5%, esto indica se tendrá la opinión de ambos sexos en gran proporción. Por otro lado, en cuanto al Tipo B: se observa que el mayor porcentaje de los encuestados son de género masculino en 52,5%, mientras que el género femenino es el 47,5%. Esto indica que al tener un porcentaje con una variación mínima entre ambos sexos, la encuesta estará en un nivel de ligero balance con opiniones equiparables.

Tabla 12. Género de los encuestados.

	Tipo A		Tipo B	
	n	%	n	%
Masculino	17	42.5	42	52,5
Femenino	23	57.5	38	47,5
Total	40	100.0	80	100,0

En la tabla 13, en cuanto al Tipo A: se observa que la mayoría de los encuestados ya son jubilados, pero sólo en 37.5%. Luego, los que tienen trabajo independiente en 35%. Los empleados en 25%. Y una ama de casa que representa el 2.5%. Esto nos indica que la mayor proporción aun trabajan como independientes o empleados. Por otro lado, en cuanto al Tipo B: se puede observar que el mayor porcentaje lo presentan los encuestados con trabajo independiente en 36,3%, seguido de los jubilados en 30%. Los que poseen empleo

constituyen solo el 27,5%. El menor porcentaje se manifiesta en las amas de casa en 6,3%.

Esto data que la mayor parte de los encuestados cuentan con una independencia laboral pero a la vez también hay un alto porcentaje de empleados.

Tabla 13. *Actividad Económica Pre-Internamiento de los encuestados.*

	Tipo A		Tipo B	
	n	%	n	%
Jubilado	15	37.5	24	30,0
Independiente	14	35.0	29	36,3
Empleado	10	25.0	22	27,5
Ama de Casa	1	2.5	5	6,3
Total	40	100.0	80	100,0

En la tabla 14, en cuanto al Tipo A: se observa que la mayoría de los encuestados son católicos en 67.5%, seguido de evangélicos en 17.5%, el 5% de adventistas y otros no especificado en 10%. Esto nos indica que al ser la población en estudio recoge la opinión de diferentes ideologías. Por otro lado en cuanto al Tipo B: se puede observar que el mayor porcentaje de encuestados son católicos en 68,8%, teniendo en segundo lugar a los adventistas en 17,5%, evidenciando la notoria variación frente al primero. El menor porcentaje de los individuos encuestados profesan la religión evangélica en 5%, seguido de otras religiones no especificadas en 8,8%. Esto nos indica que nuestra encuesta será variada y englobará distintas ideologías.

Tabla 14. Religión de los encuestados.

	Tipo A		Tipo B	
	n	%	n	%
Adventista	2	5.0	14	17,5
Evangélico	7	17.5	4	5,0
Católico	27	67.5	55	68,8
Otro	4	10.0	7	8,8
Total	40	100.0	80	100,0

En la tabla 15, en cuanto al Tipo A: se observa que la mayoría de los encuestados vive con su cónyuge en 40%. Seguido de los que viven con su cónyuge e hijos en 37.5%. Mientras que la menor proporción vive con sus hijos en 22.5%. Estos datos indican que la mayor proporción de la población encuestada ya no vive con su cónyuge por lo que depende del cuidado de sus hijos. Por otro lado en cuanto al Tipo B: se observa que la mayoría de los encuestados viven con sus hijos en 35%. En menor proporción se encuentran los que viven con su cónyuge e hijos en 23,8%. Los que viven solo con su cónyuge representan el 16,3% , y los que viven solos el 15%. El menor porcentaje lo constituyen otros que no se hallan dentro de los parámetros abarcados en la encuesta. En esta data se indica que la mayoría de los encuestados vive con sus hijos y no con su cónyuge por lo que en ellos recae la responsabilidad de sus hijos.

Tabla 15. Frecuencia de con quien viven los encuestados.

	Tipo A		Tipo B	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cónyuge e Hijos	15	37,5	19	23,8
Hijos	9	22,5	28	35,0
Cónyuge	16	40,0	13	16,3
Otros	0	0	8	10,0
Solo	0	0	12	15,0
Total	40	100,0	80	100,0

En la tabla 16, en cuanto al Tipo A: se observa que la mayoría de los encuestados tienen de 3 a 4 hijos en 30%. Seguido de los que tienen de 5 a 6 hijos y los que tienen de 1 a 2 hijos en 2,5% respectivamente. Luego los que tienen de 7 a más hijos en 20%. Y los que no tienen ningún hijo en 5%. Esto nos indica que la mayor proporción de la población tiene al menos de 3 a 4 hijos a más los cuales podrían ser atendidos sin dificultad. Por otro lado, en cuanto al Tipo B: se puede observar que el mayor porcentaje de encuestados tienen de 3 a 4 hijos en 30%, seguido de 1 a 2 hijos en 26,3%. Los que tienen de 5 a 6 hijos son el 20% y los que tienen más de 7 hijos constituyen el 16,3%. El menor porcentaje lo presentan aquellos no tienen ningún hijo en 7,5%. Esto nos indica que la mayoría de encuestados se encuentra en el promedio estándar de hijos que se debe tener por persona, ya que de esta manera los padres pueden enfocarse en el cumplimiento de sus necesidades.

Tabla 16. *Número de Hijos de los encuestados.*

	Tipo A		Tipo B	
	n	%	n	%
≥7	8	20.0	13	16,3
5-6	9	22.5	16	20,0
3-4	12	30.0	24	30,0
1-2	9	22.5	21	26,3
0	2	5.0	6	7,5
Total	40	100.0	80	100,0

En la tabla 17, en cuanto al Tipo A: se observa que la mayoría de los encuestados tienen como hobbies la lectura en 30%. Luego el 27.5% se dedica a comer/dormir en 27.5%. Seguido del 25% que se dedica a escuchar música/tv y el 17.5 se dedica a caminar. Esto nos indica que la mayor proporción de la población encuestada es amante de la lectura. Por otro lado, en cuanto al Tipo B: se puede observar en esta tabla, que la mayoría de los encuestados tiene como hobbies escuchar música o ver TV en 31,3%. Los que tienen como pasatiempo caminar son el 25%, y los leen el 23,8%. El menor porcentaje lo presentan aquellos tienen como hobbies vender, seguido de los que comen o duermen como pasatiempo en 15%. Estos datos nos indican que una manera muy común de recrearse es escuchando música o viendo televisión.

Tabla 17. *Hobbies de los encuestados.*

	Tipo A		Tipo B	
	n	%	n	%
Leer	12	30.0	19	23,8
Caminar	7	17.5	20	25,0
Comer/Dormir	11	27.5	12	15,0
Música/TV	10	25.0	25	31,3
Vender			4	5,0
Total	40	100.0	80	100,0

Análisis Descriptivo Comparativo

En la tabla 18, se observa que la mayoría de los encuestados tipo A, sufren de una enfermedad degenerativa en 67.5%. Mientras que la mayoría del tipo B, solo padece de esta enfermedad en 42.5. La mayoría de los encuestados tipo A, perciben respeto familiar en solo 65%. Mientras que la mayoría del tipo B, lo perciben en 85%. La mayoría del encuestado tipo A tienen satisfacción afectiva y emocional en 62,5%. Mientras que la mayoría del tipo B son el 76,3%. La mayoría de los encuestados tipo A, perciben el abandono en solo 65%. Mientras que la mayoría del tipo B, lo perciben en 67,5%.

La mayoría de los encuestados tipo A, tienen responsabilidad familiar en 92,5%. Mientras que la mayoría del tipo B tienen esta responsabilidad en 72,5%. La minoría de los encuestados tipo A, participan de actividades recreativas familiares en 20%. Mientras que la mayoría del tipo B participan en 63,8%. La mayoría de los encuestados tipo A, perciben interés familiar por el estado de salud en 60%. Mientras que la mayoría del tipo B, lo perciben en 76,3%. La mayoría de los encuestados tipo A, poseen una calidad de comunicación familiar en 57,5%. Mientras que la mayoría del tipo B, poseen esta calidad comunicativa en 76,3%.

La minoría de los encuestados tipo A, tienen una disponibilidad familiar en 25%. Mientras que la minoría del tipo B, tienen esta responsabilidad en 55%. La mayoría de los encuestados tipo A, tienen apoyo económico familiar en 57,5%. Mientras que la minoría del tipo B, tienen este apoyo en 41,3%. La mayoría de los encuestados tipo A, tienen cuidado por la imagen y aseo personal en 52,5%. Mientras que la mayoría del tipo B, tienen este cuidado en 55%. La mayoría de los encuestados tipo A, tienen participación familiar en mantenimiento de la salud en 42,5%. Mientras que solo la minoría del tipo B, tienen esta participación en 48,8%.

La mayoría de los encuestados tipo A, tienen asistencia médica de control en 87,5%. Mientras que la mayoría del tipo B, tienen esta asistencia en 51,3%. La mayoría de los encuestados tipo A, tienen atención personalizada permanente en 97,5%. Mientras que la mayoría del tipo B, tienen esta atención en 48,8%. La mayoría de los encuestados tipo A, tienen percepción de maltrato en 85%. Mientras que solo la minoría del tipo B, tienen esta atención en 73,8%.

Tabla 18. Frecuencia del abandono del adulto mayor tipo A y tipo B .

	Tipo A						Tipo B					
	Si		No		Total		Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Afectivo emocional												
Enfermedad Crónica Degenerativa	27	67.5	13	32.5	40	100	34	42.5	46	57.5	80	100
Percepción de Respeto Familiar	26	65	14	35	40	100	68	85	12	15	80	100
Satisfacción Afectiva y Emocional	25	62.5	15	37.5	40	100	61	76.3	19	23.8	80	100
Soporte familiar												
Percepción de Abandono	26	65	14	35	40	100	54	67.5	26	32.5	80	100
Responsabilidad Familiar	37	92.5	3	7.5	40	100	58	72.5	22	27.5	80	100
Participación en Actividades Recreativas Familiares	8	20	32	80	40	100	51	63.8	29	36.3	80	100
Soporte social												
Interés familiar por el Estado de Salud	24	60	16	40	40	100	61	76.3	19	23.8	80	100
Calidad de Comunicación Familiar	23	57.5	17	42.5	40	100	61	76.3	19	23.8	80	100
Soporte económico												
Disponibilidad Familiar	10	25	30	75	40	100	44	55	36	45	80	100
Cuidado de interés familiar												
Apoyo Económico Familiar	23	57.5	17	42.5	40	100	33	41.3	47	58.8	80	100
Cuidado por la Imagen y Aseo Personal	21	52.5	19	47.5	40	100	44	55	36	45	80	100
Cuidado de Asistencia social												
Participación Familiar en Mantenimiento de la Salud	17	42.5	23	57.5	40	100	39	48.8	41	51.3	80	100
Asistencia Médica de Control	35	87.5	5	12.5	40	100	41	51.3	39	48.8	80	100
Cuidado de personal de apoyo												
Atención Personalizada Permanente	39	97.5	1	2.5	40	100	39	48.8	41	51.3	80	100
Percepción de Maltrato	34	85	6	15	40	100	59	73.8	21	26.3	80	100

En la tabla 19, en cuanto al grado de estudio, se observa que la mayoría de los encuestados que se perciben muy abandonados son los analfabetos en 44.4%. La mayoría de los que se perciben abandonados tienen educación superior en 43.8%. Y los que se perciben ligeramente abandonados son los que tienen educación secundaria en 52.8%.

En cuanto a la edad, se observa que la mayoría de los encuestados que se perciben muy abandonados tienen edades mayores de 91 en 50%. La mayoría de los que se perciben abandonados están en un rango de 60 a 71 años en 28%. Y la mayoría de los que se perciben ligeramente abandonados también entran dentro del rango 60-71 en 40%.

En cuanto al género, se observa que la mayoría de los encuestados que se perciben muy abandonados son de género masculino con 37,3%. La mayoría de encuestados que se perciben abandonados también son de género masculino con 37,3% y la mayoría de los que se sienten ligeramente abandonados constituyen el 50,8% son del género femenino.

Con respecto al estado civil, se observa que dentro de los que se perciben muy abandonados son solteros con 38,6%; dentro de los que solo se perciben abandonados, dentro de la mayoría de encuestados hay un empate entre los casados y divorciados con 28,6%. La mayoría de los que se perciben ligeramente abandonados son divorciados con 42,9%.

Con respecto a la actividad económica, la mayoría de los encuestados que se perciben muy abandonados son jubilados con 41%. Los que simplemente se perciben abandonados son en su mayoría empleados en 37,5%. El mayor porcentaje dentro de los que se perciben como ligeramente abandonados son amas de casa en 100%.

En cuanto a la religión, se observa que la mayoría de los encuestados que se perciben muy abandonados profesan la religión adventista en 50%. La mayoría de los que se perciben abandonados profesan otras religiones distintas a las planteadas en 45,5%. Y la mayoría de los que se perciben ligeramente abandonados son evangélicos en 54,5%.

En cuanto a las personas con las que reside, se observa que la mayoría de los encuestados que se perciben muy abandonados viven solo con sus hijos en 43,2%. La mayoría de encuestados que se perciben abandonados viven solos en 41,7% y la mayoría de los que se sienten ligeramente abandonados constituyen el 44,8% residen solo con su cónyuge.

Con respecto, al número de hijos, se observa que dentro de los que se perciben muy abandonados tienen más de 7 hijos en 42,9%; dentro de los que solo se perciben abandonados la mayoría de encuestados no tienen hijos en 50%. La mayoría de los que se perciben ligeramente abandonados tienen de 3 a 4 hijos en 47,2%.

Con respecto a los hobbies, la mayoría de los encuestados que se perciben muy abandonados tienen como hobbies vender 75%. Los que simplemente se perciben abandonados caminan en 33,3%. El mayor porcentaje dentro de los que se perciben como ligeramente abandonados se dedican a tareas domésticas en 56,5%.

Tabla 19. *Frecuencia de percepción de abandono del adulto mayor según variables sociodemográficas*

		Percepción de abandono							
		Se percibe ligeramente abandonado		Se percibe abandonado		Se percibe muy abandonado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Grado de Estudio	Superior	6	18,8%	14	43,8%	12	37,5%	32	100,0%
	Secundaria	19	52,8%	7	19,4%	10	27,8%	36	100,0%
	Primaria	18	41,9%	11	25,6%	14	32,6%	43	100,0%
	Analfabeto	3	33,3%	2	22,2%	4	44,4%	9	100,0%
	Total	46	38,3%	34	28,3%	40	33,3%	120	100,0%
Edad	60-71	20	40,0%	14	28,0%	16	32,0%	50	100,0%
	72-90	24	37,5%	19	29,7%	21	32,8%	64	100,0%
	≥91	2	33,3%	1	16,7%	3	50,0%	6	100,0%
	Total	46	38,3%	34	28,3%	40	33,3%	120	100,0%
Género	Masculino	15	25,4%	22	37,3%	22	37,3%	59	100,0%
	Femenino	31	50,8%	12	19,7%	18	29,5%	61	100,0%
	Total	46	38,3%	34	28,3%	40	33,3%	120	100,0%
Estado Civil	Casado	19	38,8%	14	28,6%	16	32,7%	49	100,0%
	Divorciado	3	42,9%	2	28,6%	2	28,6%	7	100,0%

	Viudo	18	40,0%	12	26,7%	15	33,3%	45	100,0%
	Soltero	6	31,6%	6	31,6%	7	36,8%	19	100,0%
	Total	46	38,3%	34	28,3%	40	33,3%	120	100,0%
Actividad Económica	Jubilado	11	28,2%	12	30,8%	16	41,0%	39	100,0%
	Independiente	19	44,2%	10	23,3%	14	32,6%	43	100,0%
	Empleado	10	31,3%	12	37,5%	10	31,3%	32	100,0%
	Ama de Casa	6	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Total	46	38,3%	34	28,3%	40	33,3%	120	100,0%
Religión	Adventista	4	25,0%	4	25,0%	8	50,0%	16	100,0%
	Evangélico	6	54,5%	3	27,3%	2	18,2%	11	100,0%
	Católico	33	40,2%	22	26,8%	27	32,9%	82	100,0%
	Otro	3	27,3%	5	45,5%	3	27,3%	11	100,0%
	Total	46	38,3%	34	28,3%	40	33,3%	120	100,0%
Personas con las que Reside	Cónyuge e Hijos	13	38,2%	13	38,2%	8	23,5%	34	100,0%
	Hijos	15	40,5%	6	16,2%	16	43,2%	37	100,0%
	Cónyuge	13	44,8%	7	24,1%	9	31,0%	29	100,0%
	Otros	3	37,5%	3	37,5%	2	25,0%	8	100,0%
	Solo	2	16,7%	5	41,7%	5	41,7%	12	100,0%
	Total	46	38,3%	34	28,3%	40	33,3%	120	100,0%
Número de Hijos	≥7	7	33,3%	5	23,8%	9	42,9%	21	100,0%
	5-6	9	36,0%	9	36,0%	7	28,0%	25	100,0%
	3-4	17	47,2%	8	22,2%	11	30,6%	36	100,0%
	1-2	11	36,7%	8	26,7%	11	36,7%	30	100,0%
	0	2	25,0%	4	50,0%	2	25,0%	8	100,0%
	Total	46	38,3%	34	28,3%	40	33,3%	120	100,0%
Hobbies	Leer	12	38,7%	12	38,7%	7	22,6%	31	100,0%
	Caminar	9	33,3%	9	33,3%	9	33,3%	27	100,0%
	Tareas Domésticas	13	56,5%	5	21,7%	5	21,7%	23	100,0%
	Música/TV	11	31,4%	8	22,9%	16	45,7%	35	100,0%
	Vender	1	25,0%	0	0,0%	3	75,0%	4	100,0%
	Total	46	38,3%	34	28,3%	40	33,3%	120	100,0%

Análisis inferencial de las variables

En cuanto a la contratación de hipótesis, se ha considerado el método inductivo, considerando al análisis de las hipótesis específicas para llegar a la confirmación de la hipótesis general.

Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

H0. No existe relación de los factores sociodemográficos con el abandono del adulto mayor, además de diferencias significativas en Lima, 2016.

H1. Existe relación de los factores sociodemográficos con el abandono del adulto

mayor, además de diferencias significativas en Lima, 2016.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 20 se observa que solo el género ($p=.012 < \alpha$) y la actividad socioeconómica ($p=.034 < \alpha$) guardan relación significativa con el abandono del adulto mayor. Mientras que en los demás casos como el grado de estudios ($p=.120 > \alpha$), la edad ($p=.917 > \alpha$), el estado civil ($p=.997 > \alpha$), la religión ($p=.492 > \alpha$), las personas con las que reside el encuestado ($p=.374 > \alpha$), el número de hijos ($p=.764 > \alpha$) y los hobbies ($p=.163 > \alpha$), no guardan relación significativa con el abandono del adulto mayor.

Tabla 20. *Relación entre los factores sociodemográficos y el abandono del adulto mayor .*

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson	Percepción de abandono		
	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Grado de Estudio	10.122	6	,120 ^a
Edad	.950	4	,917 ^a
Género	8.876	2	,012 [*]
Estado Civil	.539	6	,997 ^a
Actividad Económica	13.663	6	,034 ^{a,*}
Religión	5.412	6	,492 ^a
Personas con las que Reside	8.635	8	,374 ^a
Número de Hijos	4.942	8	,764 ^a
Hobbies	11.752	8	,163 ^a

Hipótesis específica 1

H0. No existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la percepción afectiva en el adulto mayor en Lima, 2016.

H1. Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la percepción afectiva en el adulto mayor en Lima, 2016.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 21 se observa que solo la edad ($p=.022 < \alpha$), guardan relación significativa con el abandono del adulto mayor. Mientras que en los demás casos como el género ($p=.181 > \alpha$) y la actividad socioeconómica ($p=.426 > \alpha$), el grado de estudios ($p=.152 > \alpha$), el estado civil ($p=.482 > \alpha$), la religión ($p=.441 > \alpha$), las personas con las que reside el encuestado ($p=.797 > \alpha$), el número de hijos ($p=.880 > \alpha$) y los hobbies ($p=.198 > \alpha$), no guardan relación significativa con el abandono del adulto mayor.

Tabla 21. Relación entre los factores sociodemográficos y el abandono del adulto mayor.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson	la percepción afectiva		
	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Grado de Estudio	9,397	6	,152 ^a
Edad	11,475	4	,022 ^{a,*}
Género	3,424	2	,181
Estado Civil	5,496	6	,482 ^a
Actividad Económica	5,976	6	,426 ^a
Religión	5,844	6	,441 ^a
Personas con las que Reside	4,625	8	,797 ^a
Número de Hijos	3,742	8	,880 ^a
Hobbies	11,062	8	,198 ^{a,c}

Hipótesis específica 2

H0. No existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la percepción de soporte en el adulto mayor en Lima, 2016.

H1. Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la percepción de soporte en el adulto mayor en Lima, 2016.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 22 se observa que ninguna variable sociodemográfica guarda relación significativa con el abandono del adulto mayor. Así tenemos: el grado de estudios ($p=.823>\alpha$), la edad ($p=.928>\alpha$), el género ($p=.225>\alpha$) el estado civil ($p=.856>\alpha$), la actividad socioeconómica ($p=.368>\alpha$), la religión ($p=.225>\alpha$), las personas con las que reside el encuestado ($p=.133>\alpha$), el número de hijos ($p=.621>\alpha$) y los hobbies ($p=.247>\alpha$), no guardan relación significativa con el abandono del adulto mayor.

Tabla 22. *Relación entre los factores sociodemográficos y el abandono del adulto mayor .*

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson	percepción de soporte		
	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Grado de Estudio	2,890	6	,823 ^a
Edad	,875	4	,928 ^a
Género	2,984	2	,225
Estado Civil	2,608	6	,856 ^a
Actividad Económica	6,514	6	,368 ^a
Religión	8,190	6	,225 ^a
Personas con las que Reside	12,426	8	,133 ^a
Número de Hijos	6,234	8	,621 ^a
Hobbies	10,265	8	,247 ^a

Hipótesis específica 3

H0. No existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la percepción de cuidado en el adulto mayor en Lima, 2016.

H1. Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la percepción de cuidado en el adulto mayor en Lima, 2016.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 23, se observa que ninguna variable sociodemográfica guarda relación significativa con el abandono del adulto mayor. Así tenemos: el grado de estudios ($p=.645 > \alpha$), la edad ($p=.821 > \alpha$), el género ($p=.401 > \alpha$) el estado civil ($p=.383 > \alpha$), la actividad socioeconómica ($p=.632 > \alpha$), la religión ($p=.179 > \alpha$), las personas con las que reside el encuestado ($p=.322 > \alpha$), el número de hijos ($p=.324 > \alpha$) y los hobbies ($p=.496 > \alpha$), no guardan relación significativa con el abandono del adulto mayor.

Tabla 23. *Relación entre los factores sociodemográficos y el abandono del adulto mayor .*

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson	percepción de cuidado		
	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Grado de Estudio	4,231	6	,645 ^a
Edad	1,532	4	,821 ^a
Género	1,829	2	,401
Estado Civil	6,366	6	,383 ^a
Actividad Económica	4,332	6	,632 ^a
Religión	8,904	6	,179 ^a
Personas con las que Reside	9,247	8	,322 ^a
Número de Hijos	9,217	8	,324 ^a
Hobbies	7,380	8	,496 ^{a,c}

Hipótesis específica 4

H0. No existe diferencias significativa entre la percepción afectiva, soporte y cuidado en el abandono del adulto mayor de los “centro de cuidado” con los hogares en Lima, 2016.

H1. Existe diferencias significativa entre la percepción afectiva, soporte y cuidado en el abandono del adulto mayor de los “centro de cuidado” con los hogares en Lima, 2016.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 24 se observa que las dimensiones, percepción de abandono afectivo y el percepción de abandono de soporte manifiestan un coeficiente de correlación = ,472 y el valor $p = .000$. Indicando una correlación media directa y significativa.

Luego, se observa que las dimensiones, percepción de abandono afectivo y la percepción de abandono de cuidado personal manifiestan un coeficiente de correlación = ,258 y el valor $p = .002$. Indicando una correlación baja directa y significativa.

Asimismo, se observa que las dimensiones, percepción de abandono de soporte y el percepción de abandono de cuidado personal manifiestan un coeficiente de correlación = ,281 y el valor $p = .001$. Indicando una correlación baja directa y significativa.

Tabla 24. *Correlación entre los factores sociodemográficos y el abandono del adulto mayor.*

Tau_b de Kendall		Percepción de abandono afectivo	Percepción de abandono de soporte	Percepción de abandono de cuidado personal
Percepción de abandono afectivo	Coefficiente de correlación	1.000	,472**	,258**
	Sig. (bilateral)		.000	.002
	N	120	120	120
Percepción de abandono de soporte	Coefficiente de correlación	,472**	1.000	,281**

	Sig. (bilateral)	.000		.001
	N	120	120	120
Percepción de abandono de cuidado personal	Coefficiente de correlación	,258**	,281**	1.000
	Sig. (bilateral)	.002	.001	
	N	120	120	120

4.2. Discusión

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación de los factores sociodemográficos con la percepción de abandono del adulto mayor, Lima, 2016. Hallándose que los factores sociodemográficos más de uno guardan relación significativa: género (0,01) y actividad económica (0,03). Es decir, el ser varón o mujer tienen diferente percepción con respecto al nivel de abandono; igualmente, el hecho de tener una dinámica económica (contar con recursos o no tenerlos) puede marcar una diferencia en la percepción de abandono que el adulto mayor pueda tener.

Por otro lado, los resultados evidencian que el grado de estudio, edad, estado civil, religión, personas con la que reside, número de hijos, hobbies no guardan relación con la percepción de abandono de los adultos. Es decir, el hecho que tenga menos estudio o más nivel de estudio igual percibiré el nivel de abandono. De la misma forma sea un adulto mayor más joven o adulto mayor más anciano igual sentirá nivel abandono. Igualmente, el hecho de ser casado (a) viudo (a) soltero (a) tampoco implicará que haya una diferencia en sentirme abandonado más que otro estado civil; todos sentiremos algún nivel de abandono.

El otro objetivo, fue determinar la relación de los factores sociodemográficos con la percepción afectiva en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016. Hallándose que existe, relación significativa de al menos uno de los factores sociodemográficos con la percepción afectiva en el abandono del adulto mayor. Es decir, sólo la edad (0,02) guardan relación

significativa con la percepción afectiva de abandono. Dicho de otro modo, la edad; el hecho de ser un adulto mayor más joven o ser un adulto mayor de edad más avanzado puede estar implicando en grado de percepción que siente el adulto mayor propio a la edad; puede esto estar asociado a la disminución de sus capacidades personales y enfermedades asociadas a la edad más madura un aspecto en el cual necesitarían estar más apoyado y no lo están.

Por otro lado, también los resultados describen que los factores sociodemográficos: grado de estudio, género, estado civil, actividad económica, religión, personas con la que reside, número de hijos y hobbies no guardan relación con la percepción afectiva de los adultos mayores. Dicho de otro modo, el hecho que tenga diferencia en el nivel educativo, sea hombre o mujer, sea nivel bajo o alto económicamente, indistintamente la religión que sea, y aún viva con poca o muchas personas o tenga pocos o muchos hijos y desarrolle cualesquiera de los hobbies igual va a estar expuesto a sentirse afectivamente abandonado.

En forma diferente, los resultados describen que los factores sociodemográficos: grado de estudio, edad, género, estado civil, actividad económica, religión, personas con la que reside, número de hijos y hobbies no guardan relación con la percepción de soporte de los adultos mayores. Dicho de otro modo, el hecho que tenga diferencia en el nivel educativo, sea adulto mayor más joven o más maduro, sea hombre o mujer, sea soltero (a) casado (a) viudo (a) divorciado (a), sea nivel bajo o alto económicamente, indistintamente la religión que sea, y aún viva con poca o muchas personas o tenga pocos o muchos hijos y desarrolle cualesquiera de los hobbies igualmente van a percibir el tener soporte o abandono por parte de sus familiares o seres queridos.

Igualmente, los resultados resaltan que los factores sociodemográficos: grado de estudio, edad, género, estado civil, actividad económica, religión, personas con la que reside,

número de hijos y hobbies no guardan relación con la percepción de cuidado de los adultos mayores. Dicho de otro modo, el hecho que tenga diferencia en el nivel educativo, sea adulto mayor más joven o más maduro, sea hombre o mujer, sea soltero (a) casado (a) viudo (a) divorciado (a), sea nivel bajo o alto económicamente, indistintamente la religión que sea, y aún viva con poca o muchas personas o tenga pocos o muchos hijos y desarrolle cualesquiera de los hobbies igualmente van a percibir cuidado o abandono por parte de sus familiares o seres queridos.

Finalmente, producto de esta investigación se puede afirmar que con el sólo hecho de pasar a la etapa de adulto mayor; sin menoscabar la edad que tenga, o el nivel socioeconómico o el género o el estado civil que sea o la religión que práctica o con quién viva o la cantidad de hijos que tenga igual puede estar expuesto a sentirse abandonado; percibir afecto o abandono ; o sentir que tiene soporte o no, o percibir tener cuidado por parte su familia o sentirse abandonado. Resultado que concretiza que el ser humano es integral en su bienestar que no sólo basta el aspecto emocional, sino el adulto mayor necesita estar cuidado y percibir que hay alguien que puede estar soportando todas sus necesidades. Resultados que descompaginan los planes de sectores de gobierno que sólo ven y se preocupan por el soporte y cuidado (económicamente hablando) sin embargo emocionalmente los adultos mayores en centros geriátricos se sienten abandonados; igualmente por otro lado los que viven en casas con sus familiares pueden tener soporte o cuidado y pueden sentirse emocionalmente abandonados o viceversa sentirse emocionalmente acompañados pero descuidados en el soporte de sus necesidades y cuidado.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Primera. Existe, relación significativa en más de uno de los factores sociodemográficos con la percepción de abandono del adulto mayor, Lima, 2016. Es decir, Los factores sociodemográficos: grado de estudio, edad, estado civil, religión, personas con la que reside, número de hijos, hobbies no guardan relación con la percepción de abandono de los adultos mayores porque sus p valor son $>$ que α (0.05), Tan sólo género (0,01) y actividad económica (0,03) cuyos valores p valor son $<$ que α (0.05) guardan relación significativa.

Segunda. Existe, relación significativa de al menos uno de los factores sociodemográficos con la percepción afectiva en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016. Es decir, Los factores sociodemográficos: grado de estudio, género, estado civil, actividad económica, religión, personas con la que reside, número de hijos y hobbies no guardan relación con la percepción afectiva de los adultos mayores porque sus p valor son $>$ que α (0.0), Tan sólo edad (0,02) cuyo valor p es $<$ que α (0.05) guardan relación significativa.

Tercera. No existe, relación significativa de ningún factor sociodemográficos con la percepción de soporte en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016. Es decir, Los factores sociodemográficos: grado de estudio, edad, género, estado civil, actividad económica,

religión, personas con la que reside, número de hijos y hobbies no guardan relación con la percepción de soporte de los adultos mayores porque sus p valor son $>$ que α (0.05).

Cuarta. No existe, relación significativa de ningún factor sociodemográficos con la percepción de cuidado en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016. Es decir, Los factores sociodemográficos: grado de estudio, edad, género, estado civil, actividad económica, religión, personas con la que reside, número de hijos y hobbies no guardan relación con la percepción de cuidado de los adultos mayores porque sus p valor son $>$ que α (0.05).

Quinta. Existe, relación significativa entre los factores percepción afectiva, percepción de soporte, percepción de cuidado en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016. Es decir, el factor de abandono afectivo guarda relación significativa con la percepción de abandono de soporte (0,000) y con la percepción de abandono de cuidado personal (0,002) sus p valor son $>$ que α (0.05). Así también la percepción de abandono de soporte guarda relación significativa con la percepción de cuidado personal (0,001).

Recomendaciones

Se recomienda considerar los resultados teóricos del presente estudio a la comunidad científica a fin que sea difundida a los sectores de gobierno y proveen intervención urgente en el soporte afectivo, de cuidado y de las necesidades en la población adulto mayor.

Se recomienda a la Iglesia Adventista del Séptimo Día por implementar un programa de prevención, apoyo y cuidado a esta población vulnerable que mejore su calidad de vida y nivel de cuidado.

Se recomienda a los sectores de gobierno encargados de la supervisión de los centros geriátricos a fin de minimizar los riesgos que presentan los adultos mayores y mejorar la calidad de vida de esa población.

Se recomienda a los gobiernos locales tomar medidas emergentes para proponer un proyecto que trabaje con las familias en el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de sus familiares que son adultos mayores.

Se recomienda a los familiares, tomar conciencia que la vida es pasajero y todos llegaremos a una edad avanzado que deseamos ser cuidados y protegidos para lo cual se necesita hacer lo propio con nuestros adultos mayores

Se recomienda al personal de salud desarrollar lineamientos políticos protectores para con esta población.

Referencias

- Belando, M. M. (2000). *Cambios físicos y funcionales en el proceso de envejecimiento*. ¿Es posible una calidad de vida en la vejez a través de programas socioeducativos [Internet]. 2000. Available from: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/22096>
- Bergoglio, J. (2014) Catequesis del Papa Francisco sobre la Familia. (1), 1–22. Available from: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo49/files/Catequesis_del_papa_Francisco_sobre_flia._PDF_-1-.pdf
- Bordignon, N. A. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson . *Lasallista Investig* [Internet]. 2(2),50–63. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Cardona, E. (2015). *Abandono del adulto mayor enfermo por parte de su familia, en el Hospital san Juan de Dios, ESE, de Armenia, Quindío, Colombia*” [Internet]; 1:1–18. Available from: <http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/3462/DDMLER2.pdf?sequence=1>
- Cardona, A. D., Estrada R. A., Chavarriaga M. L., Segura C. Á., Ordoñez M. J., Osorio G.J. (2010). *Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado*. Medellín, 2008. *Rev Salud Pública*;12(3),414–24.
- Castanedo, C., Carmen, P, Sarabia M, et al. (2013). *Cambios asociados al envejecimiento* . Enfermería en el Envejecimiento. 1–4. Available from: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/temas-pdf/Tema 1 Biología del envejecimiento.pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/temas-pdf/Tema%201%20Biologia%20del%20envejecimiento.pdf)
- Castillo, D. (2015). *Enfermedades de los ancianos como causas de abandono familiar*. Available from: [http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13457/1/tesis daniela castillo guam% c3% 81n.pdf](http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13457/1/tesis%20daniela%20castillo%20guam%20c3%81n.pdf)

- Cobo, D. J. (2010) *Cambios físicos y psíquicos en la vejez*. Atención socio sanitaria a Personas Domiciliadas [Internet]. 2010;30. Available from:
<http://www.logoss.net/uploads/cursos/temamuestra/tema271.pdf>
- Cottliar, A. S. y Slavutsky I.R.(2000). *Artículo especial telomeros y actividad de telomerasa : Acortamiento telomérico y actividad de telomerasa*. 2000;335–42. Available from:
http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol61-01/3/v61_n3_p335_342.pdf
- Delgado, J. (2013) *Abandono familiar y conductas sociales*. J Chem Inf Model. 2013;53(9), 1689–99.
- Escarbajal, A. (2016). *Socioeducativas para Adultos Marginados*. pdf [Internet]. Available from: https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/39617/1/Alternativas_socioeducativas_para_adultos_marginados.pdf
- García, P. (2000). *Maquinaria de reparación de ADN* [Internet]. Real Academia Nacional de Farmacia.145–75. Available from: <file:///C:/Users/alumno.l4/Downloads/427-1923-1-PB.pdf>
- Gurevicz, M. y Toro, C. (2010). *La Teoría De La Gestalt*. 1804;1–8. Available from:
file:///C:/Users/alumno.l4/Downloads/Teor%C3%ADa_de_la_Gestalt.pdf
- Hernández E, Palacios M, Cajas J. (2011) *Caracterización del Adulto Mayor con Síndrome de Abandono*.
- INAPAM. (2012). *Situación de las personas adultas mayores en el Perú*, 1–24.
- INEI (2016). *Población Adulta Mayor*. En línea <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2012). *Las personas mayores en España. datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas.*), Informe 2012. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado. 2014. 286 p.

- Licas M. (2002). *En un centro de salud. Diabetes* [Internet]. 2002;12:191–8. Available from:
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/35753/1/quintomanzanillanelly.pdf>
- Limón M. (1992) *Características psico-sociales de la tercera edad*.pdf. 7, *Pedagogía social: revista interuniversitaria*. 167–78.
- Martí AB. (2012) *Limpieza Corporal*. 2010; Available from:
<https://aseretselene.files.wordpress.com/2012/08/limpieza-corporal.pdf>
- Martínez AM. (2009) *Nuevas Miradas sobre el Envejecimiento* [Internet]. Available from:
[http://www.uhu.es/auladelaexperiencia/documentos/1516/AEXPERIENCIA-NuevasMiradasSobreEIEnvejecimeinto\[2009\].pdf](http://www.uhu.es/auladelaexperiencia/documentos/1516/AEXPERIENCIA-NuevasMiradasSobreEIEnvejecimeinto[2009].pdf)
- Martínez Ortega MP, Polo Lique ML, Carrasco Fernández B. (2002) . *Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media*. *Cult los Cuid* [Internet]. 2002;11:40–6.
 Available from: <http://hdl.handle.net/10045/4889>
- Merchán, E., Cifuentes, R. (2014) . *Teorías Psicosociales del Envejecimiento*. *J Chem Inf Model* [Internet]. 2013;53(9):1689–99. Available from:
<http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSAL, 2015). *Salud del Adulto Mayor*. Gobierno de Chile. ;1–22.
- Miquel, J. (2005) *Teorías del envejecimiento* : Universidad Autónoma de Madrid [Internet]. 2005;1–9. Available from:
https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad1/3/tema3.pdf
- Molina, M. (2006); Available from: http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/15/15_1322.pdf
- Monzón, AVR. (2007) *Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas*.

- Oré, MG. (2011) *Problemas psicosociales y estrategias de afrontamiento en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor “Rímac” ESSALUD-2010*. 2011; Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1036/1/gonzales_om.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2007). *El desarrollo en un mundo que envejece*. 2007; Estudio Económico y Social Mundial 2007
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. J Chem Inf Model. 2015;53(9),1689–99.
- Osorio, G. (2007) . *Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF Hidalgo*. 2003444252 [Internet]. 2007;1–21. Available from: http://200.34.44.252/nuestro_alumnado/icap/licenciatura/documentos/Caracterizacion de la microflora.pdf
- Popolo F. (2001). *Características sociodemográficas y socioeconómica de las personas de edad en América Latina* [Internet]. CEPAL-Serie Poblacion y Desarrollo. 1-59 p. Available from: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7154/1/S0111996_es.pdf
- Porto, JL. (2008) *Manual historia del movimiento obrero*; Available from: <http://redescuelasca.com/sitio/repo/ManualHistoria.pdf>
- Preciado, S. (2014) *El adulto mayor, las casas de atención y la propuesta de un modelo de atención social: revisión de su aplicación y propuestas..* Available from: http://www.uceval.cl/prontus_uceval2012/site/artic/20141201/asocfile/20141201181838/ilovepdf_com_split_6.pdf
- Reyes e Iglesias (2009). *Profile of Domestic Violence in the Elderly : The Experience of 680 Mexican Patients*. 2009;11. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/ amf-2009/amf094d.pdf>

- Rodríguez D. K. (2011) *Vejez y Envejecimiento*. Esc Med y Ciencias la Salud [Internet].; Enero(Documento de Investigación N 12):1–42. Available from: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf
- Radio Programas del Peru (2012) *La triste realidad del adulto mayor en nuestro país* Informe noticioso de RPP del 03 de septiembre del 2012 en línea en <http://rpp.pe/lima/actualidad/la-triste-realidad-del-adulto-mayor-en-nuestro-pais-noticia-518112>
- Satorres, E. (2013) , *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. (Tesis Doctoral Universidad de Valencia). 2013;257.
- Vera, M. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia* . Analisis de la Facultad Medica, Lima. 68(3), 284–90.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

INDICADORES DE ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR DE HOGARES GERIÁTRICOS DE CHOSICA, LIMA, 2016.				
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGIA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es el nivel de percepción de abandono en el adulto mayor en Lima, 2016?</p> <p>PROBLEMA ESPECÍFICAS 1. ¿Cuál es el nivel de percepción afectiva en el adulto mayor en Lima, 2016?</p> <p>2. ¿Cuál es el nivel de percepción de soporte en el adulto mayor en Lima, 2016?</p> <p>3. ¿Cuál es el nivel de percepción de cuidado en el adulto mayor en Lima, 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Identificar el nivel de percepción de abandono en el adulto mayor en Lima, 2016.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICAS 1. Identificar el nivel de percepción afectiva en el adulto en Lima, 2016.</p> <p>2. Identificar el nivel de percepción de soporte en el adulto mayor en Lima, 2016.</p> <p>3. Identificar el nivel de percepción de cuidado en el adulto en Lima, 2016.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL Existe, relación significativa de los factores sociodemográficos con la percepción de abandono del adulto mayor, Lima, 2016</p> <p>HIPOTESIS ESPECÍFICA 1. Existe, relación significativa de los factores sociodemográficos con la percepción afectiva en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016</p> <p>2. Existe, relación significativa de los factores sociodemográficos con la percepción de soporte en el abandono del adulto mayor, Lima, 2016</p> <p>3. Existe, relación significativa de los factores sociodemográficos con la percepción de cuidado del adulto mayor, Lima, 2016.</p> <p>4. Existe, relación significativa de los factores sociodemográficos con la percepción afectiva, percepción de soporte, percepción de cuidado en el abandono del adulto mayor.</p>	<p>Tipo: Cuantitativa, No experimental</p> <p>Diseño Descriptivo Trasversal</p> <p>Muestra 120</p> <p>No Aleatoria No probabilística</p> <p>Decidimos hacer un estudio no probabilístico debido a que presentamos dificultades en la recolección de información y de los recursos que ello demanda.</p>	<p>VARIABLE A Percepción.- nivel subjetivo de apreciación sobre situación social del estado en que se encuentra en el hospicio.</p> <p>VARIABLE B Abandono es la falta de responsabilidad parental y social, que ocasiona una omisión ante las necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los familiares, cuidadores o el estado. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, entre otras omisiones graves.</p>

Anexo 2: Cuestionario del nivel de abandono del adulto mayor en Lima- TIPO A

Este cuestionario tiene como propósito obtener información sobre el sentimiento de abandono de los adultos mayores del distrito de Lima. Dicha información será de mucha importancia para la detección oportuna de posibles problemas de abandono.

La información brindada es completamente confidencial.

Su participación es voluntaria. Si decide participar en este estudio, por favor responda y entregue el instrumento.

INFORMACIÓN GENERAL

Llene los espacios en blanco o marque con un aspa (X) la opción que corresponde a su respuesta.

- (1) Grado de Estudio: _____ (2) Edad: _____ (3) Género: (Masculino) (Femenino)
- (4) Estado civil: (Padre / Madre soltera) (Soltero) (Viudo) (Divorciado) (Casado) (5) Actividad Económica: _____
- (6) Religión que profesa: (Adventista) (Católico) (Evangélica) (Pentecostal) (Ninguna) Otro: _____
- (7) Tiempo de Permanencia en el Hogar Geriátrico: _____ (8) Motivo: _____
- (9) Número de Hijos: ____ (10) Pasatiempos: (a) _____ (b) _____
- (11) ¿Padece de alguna ECD*? (SI) (NO) ¿Cuál? (Diabetes) (Hipertensión) (Cáncer) Otros: _____

*ECD: Enfermedad Crónica Degenerativa

INSTRUCCIONES:

A continuación, se le presentan 14 afirmaciones. Le pedimos que conteste con sinceridad cada una de las preguntas planteadas, marcando con un aspa (X) la alternativa que considere apropiada. (No hay opción correcta o incorrecta).

N°	Preguntas	Si	No
1	¿La persona que tramita su ingreso, se responsabilizó de usted, proporcionando datos verdaderos para su localización?	0	1
2	¿La persona que lo internó le trajo el material de uso personal?	0	1
3	Desde su internamiento en el hogar geriátrico, ¿su familia ha pasado tiempo con usted fuera de este?	0	1
4	¿Ocupa usted un lugar preferente de respeto en su familia?	0	1
5	¿Se interesa y preocupa su familia por sus problemas de salud?	0	1
6	¿Está satisfecho con la forma en la que la familia le expresa afecto y responde a sus sentimientos como enfado, tristeza y amor?	0	1
7	¿Recibe ayuda familiar en lo que se refiere a cuidados y mantenimiento de su salud?	0	1
8	¿Existe buena comunicación con su familia?	0	1
9	¿Recibe asistencia médica de control?	0	1
10	¿Es su familia la que solventa su estadía en el Hogar Geriátrico?	0	1
11	¿Su familia dispone de tiempo para visitarlo frecuentemente?	0	1
12	¿Se siente abandonado por su familia?	0	1
13	¿Tiene a alguien que se encargue todos los días de su cuidado?	0	1
14	¿La persona encargada de cuidarle, lo maltrata?	0	1

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ABANDONO DEL ADULTO MAYOR EN LIMA

Este cuestionario tiene como propósito obtener información sobre el sentimiento de abandono de los adultos mayores del distrito de Lima. Dicha información será de mucha importancia para la detección oportuna de posibles problemas de abandono.

La información brindada es completamente confidencial.

Su participación es voluntaria. Si decide participar en este estudio, por favor responda y entregue el instrumento.

INFORMACIÓN GENERAL

Llene los espacios en blanco o marque con un aspa (X) la opción que corresponde a su respuesta.

(1) Grado de Estudio: _____ (2) Edad: _____ (3) Género: (Masculino) (Femenino)

(4) Estado civil: (Padre / Madre soltera) (Soltero) (Viudo) (Divorciado) (Casado) (5) Actividad Económica: _____

(6) Religión que profesa: (Adventista) (Católico) (Evangélica) (Pentecostal) (Ninguna) Otro: _____

(7) ¿Con quién vive actualmente? (Solo) (Hijos) (Conyuge) Otro: _____

(9) Número de Hijos: ____ (10) Pasatiempos: (a) _____ (b) _____

(11) ¿Padece de alguna ECD*? (SI) (NO) ¿Cuál? (Diabetes) (Hipertensión) (Cáncer) Otros: _____

*ECD: Enfermedad Crónica Degenerativa

INSTRUCCIONES:

A continuación, se le presentan 14 afirmaciones. Le pedimos que conteste con sinceridad cada una de las preguntas planteadas, marcando con un aspa (X) la alternativa que considere apropiada. (No hay opción correcta o incorrecta).

N°	Preguntas	Si	No
1	¿La persona que reside con usted, es una fuente fiable de apoyo?	0	1
2	¿Satisface su familia a sus necesidades, proporcionándole el material de uso personal?	0	1
3	¿Esta usted frecuentemente involucrado en los eventos familiares?	0	1
4	¿Ocupa usted un lugar preferente de respeto en su familia?	0	1
5	¿Se interesa y preocupa su familia por sus problemas de salud?	0	1
6	¿Está satisfecho con la forma en la que la familia le expresa afecto y responde a sus sentimientos como enfado, tristeza y amor?	0	1
7	¿Recibe ayuda familiar en lo que se refiere a cuidados y mantenimiento de su salud?	0	1
8	¿Existe buena comunicación con su familia?	0	1
9	¿Recibe asistencia médica de control?	0	1
10	¿Asiste solo a sus visitas médicas de control?	0	1
11	¿ Su familia tiene tiempo para cuidarlo?	0	1
12	¿Se siente abandonado por su familia?	0	1
13	¿Tiene a alguien que se encargue todos los días de su cuidado?	0	1
14	¿La persona encargada de cuidarle, lo maltrata?	0	1