



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO EN EL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “CRISTO REY”,
CUENCA-2016**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**AUTORAS: MARTHA SOFÍA BELESACA ZHUNIO
ANDREA VIVIANA BUELE CALDERÓN**

DIRECTOR: DR. CARLOS EDUARDO ARÉVALO PELAEZ

ASESORA: LCDA. MARCIA BEATRÍZ PEÑAFIEL PEÑAFIEL

CUENCA-ECUADOR

2016

RESUMEN

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

Objetivo General.- Identificar las causas y consecuencias del abandono del adulto mayor en el Centro Gerontológico Cristo Rey en la Ciudad de Cuenca 2016.

Metodología.- Se realizó una investigación observacional, descriptivo de corte transversal, se trabajó con una muestra de 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico Cristo Rey a quienes se les aplicó una encuesta estructurada con las variables: socioeconómicas, demográficas y biológicas; actividades de la vida diaria y motivo de ingreso. Los Adultos Mayores que participaron en el estudio firmaron de forma voluntaria el consentimiento informado. La tabulación de datos se realizó en el programa SPSSV. 20, y los resultados se presentan en tablas de frecuencia y porcentajes.

Resultados.- La investigación encontró que de los 80 adultos mayores institucionalizados, el 55% tienen entre 71 a 90 años, el 56,3% son mujeres, el 81,3% no tienen cónyuge, el 56,3% provienen del área rural, el 40% no reciben visitas de sus familiares, el 67,5% se institucionalizó por iniciativa familiar y tienen relación familiar considerada entre regular a mala. El 61,2% perciben ingresos bajos. Las variables asociadas al abandono son el género femenino (OR 2,6; $p=0,037$), grado de dependencia (OR 5; $p=0,005$), relación familiar regular o mala (OR 3; $p=0,011$), ingresos económicos (OR 4; $p=0,002$).

Conclusiones.- Los factores asociadas al abandono fueron la ansiedad.

Palabras claves.- ADULTO MAYOR, ENVEJECIMIENTO, HOGARES PARA ANCIANOS, ENCUESTAS DEMOGRAFICAS, GERIATRIA.

ABSTRACT

Background. - own age changes which are associated with lifestyles, physiological, biological and poor socioeconomic conditions. Elderly care requires time, financial and human resources, it has made families do not take care and choose to leave them in nursing homes; although it must be stressed that their income is sometimes voluntary or indigence, generating sadness, depression and other psychological consequences.

Objective General. - identify the causes and consequences of abandonment of the elderly in the Cristo Rey Gerontology Center in the City of Cuenca.2016.

Methodology. - An observational, descriptive cross-sectional research was conducted, we worked with a sample of 80 Aging Gerontology Center Cristo Rey who were applied a structured questionnaire with variables: socioeconomic, demographic and biological; activities of daily life and reason for admission. Older adults who participated in the study voluntarily signed informed consent. The tabulation of data was performed in SPSS V. 20 program, and the results are presented in frequency tables and percentages.

Results. - The research found that 80 elderly institutionalized, 55% are between 71 to 90 years, 56.3% women, 81.3% have no spouse, 56.3% come from the rural area, 40 % do not receive visits from relatives, 67.5% was institutionalized by family initiative and are considered family relationship between fair to poor. 61.2% low incomes. The variables associated with abandonment are the female gender (OR 2.6, $p = 0.037$), degree of dependence (OR 5; $p = 0.005$), regular family relationship or bad (OR 3; $p = 0.011$), income (OR 4; $p = 0.002$).

Conclusions. - The factors associated with abandonment were the anxiety and the perception of deteriorating health after admission.

Keywords. - ELDERLY, AGING, NURSING HOME, DEMOGRAPHIC SURVEYS, GERIATRICS.



ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPÍTULO I.....	13
1.1 INTRODUCCIÓN.....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	17
CAPÍTULO II.....	19
MARCO REFERENCIAL	19
2.1 Antecedentes.....	19
2.2 Población Adulta Mayor, situación mundial.....	20
2.3 El proceso de envejecer.....	21
2.3.1 Cambios físicos.....	21
2.3.2 Cambios psíquicos.....	21
2.3.3 Cambios sociales.....	23
2.4 El adulto mayor y la familia.....	24
2.5 Derechos del Adulto Mayor.....	25
2.6 Factores asociados al bienestar del Adulto Mayor.....	27
2.6.1 Tipos de abandono.....	29
2.7 Causas del abandono.....	30
2.7.1 Consecuencias del abandono.....	33
2.8 Ansiedad.....	35
2.8.1 Manifestaciones Psíquicas.....	36
2.8.2 Manifestaciones Físicas.....	37
2.9 La depresión.....	38
2.9.1 Factores asociados a la depresión en adultos mayores.....	39
2.10 Reseña Histórica del Centro Gerontológico Cristo Rey.....	40
CAPÍTULO III.....	42
OBJETIVOS.....	42
3.1 Objetivo general.....	42
3.2 Objetivos específicos.....	42
CAPÍTULO IV.....	43
DISEÑO METODOLÓGICO	43
4.1 Tipo de estudio.....	43
4.2 Área de estudio.....	43
4.3 Población de estudio y muestra.....	43
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	44



4.5	Variables.....	45
4.5.1	Operacionalización de variables.....	45
4.6	Métodos, técnicas e instrumentos.....	46
4.7	Procedimientos.....	50
4.8	Plan de tabulación y análisis.....	50
4.9	Aspectos éticos.....	50
CAPÍTULO V	.....	51
RESULTADOS	.....	51
5.1	Descripción Sociodemográfica.....	51
5.2	Causas que influyen en el abandono.....	54
5.3	Consecuencias psicológicas del abandono.....	57
CAPÍTULO VI	.....	64
DISCUSIÓN	.....	64
CAPÍTULO VII	.....	73
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	.....	73
7.1	Conclusiones.....	73
7.2	Recomendaciones.....	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	.....	75
ANEXOS	.....	82
Anexo I.	Formulario de recolección de datos.....	82
Anexo II.	Test de Hamilton, Escala de Yesavage y Índice de Barthel.....	84
Anexo III.	Consentimiento informado.....	91

DERECHOS DE AUTOR

Yo, Martha Sofía Belesaca Zhunio, autora del proyecto de investigación “CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “CRISTO REY”, CUENCA-2016”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al artículo 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido así lo desee, al ser este requisito para la obtención del título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicara afección alguna de mi derecho moral o patrimonial como autora.

Cuenca, 14 de septiembre del 2016



.....
Martha Sofía Belesaca Zhunio

CI. 0105227334

DERECHOS DE AUTOR

Yo, Andrea Viviana Buele Calderón, autora del proyecto de investigación “CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “CRISTO REY”, CUENCA-2016” reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al artículo 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido así lo desee, al ser este requisito para la obtención del título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicara afección alguna de mi derecho moral o patrimonial como autora.

Cuenca, 14 de septiembre del 2016



.....
Andrea Viviana Buele Calderón

CI. 0105806764

RESPONSABILIDAD

Yo, Martha Sofía Belesaca Zhunio, autora del proyecto de investigación “CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “CRISTO REY”, CUENCA-2016”; certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 14 de septiembre del 2016



.....
Martha Sofía Belesaca Zhunio

CI. 0105227334

RESPONSABILIDAD

Yo, Andrea Viviana Buele Calderón, autora del proyecto de investigación “CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO “CRISTO REY”, CUENCA-2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 14 de septiembre del 2016



.....
Andrea Viviana Buele Calderón
CI. 0105806764



DEDICATORIA

Mi tesis la dedico primeramente a Dios y a la Virgen María quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy, para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por estar siempre presentes, quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera en adelante y siempre sea perseverante.

A mi abuelo por ser mi ángel de la guarda y siempre me cuida desde el cielo.

SOFIA



DEDICATORIA

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

José Buele. Mi querido y amado padre quien a pesar de la distancia, siempre me da fuerzas para cumplir todas mis metas quien me ha apoyado moral y económicamente dándome palabras de aliento. Te quiero mucho Papi.

Amada Calderón. Mi madre quien ha estado siempre a mi lado, luchando día a día para lograr mi sueño tan anhelado, por todo eso mi tesis te dedico a ti madre querida gracias por todo.

Finalmente a mis **Hermanos** y a cada una de las personas que han formado parte en mi formación de todos estos años.

Con todo mi cariño

ANDREA

AGRADECIMIENTO

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

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

Un agradecimiento singular debemos al Dr. Carlos Arévalo. Lcda. Marcia Peñafiel, que nos han orientado, apoyado y corregido en nuestra labor científica, con un interés y una entrega que han sobrepasado, todas las expectativas que, como estudiantes, depositamos en su persona; De la misma manera al Centro Gerontológico “ Cristo Rey, a sus directivos, adultos mayores por darnos apertura y facilidad para realizar nuestro trabajo.

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

ANDREA BUELE – SOFIA BELESACA
LAS AUTORAS

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso inevitable de involución, los cambios propios de la edad se asocian con los estilos de vida, cambios fisiológicos, psicológicos y las condiciones socioeconómicas; exponiendo al adulto mayor a una situación de vulnerabilidad en relación a su salud funcional, al volverse dependiente de otras personas para desarrollar actividades cotidianas (1).

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

Según la Organización Panamericana de la Salud, el abandono es definido como: *“el descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno, o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral, puede ser intencionada o no intencionada”*. Con esta premisa se puede asumir que muchos adultos mayores son víctimas de este abandono, no solo al ser desamparados, sino al ser olvidados en los centros geriátricos (2).

En el Ecuador según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC 2010 el 11% de adultos mayores viven solos; el 49% en compañía de sus hijos, el 17% de sus nietos y solo el 15% con su esposo/a o compañero/a; además del total el 81% de adultos mayores refieren estar satisfechos con su vida; el 28% sentirse desamparado; el 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder. Con estos datos se puede discernir que la satisfacción de la vida del adulto mayor aumenta cuando vive en compañía (satisfacción

viviendo solos: 73%, satisfacción viviendo acompañados: 83%), en la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador (2010), entre los tipos de maltrato que sufren están: psicológico 16.4% y abandono con 14.9% (3).

La Constitución de la República del Ecuador, identifica al adulto mayor como un grupo vulnerable, por ello en su artículo 36, reza: *“Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social, económica, y protección contra la violencia”*; los adultos mayores gozarán de derechos que garanticen una vida plena según la política del “Buen Vivir” (4).

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) ejecuta las políticas públicas para los adultos mayores, centradas en tres ejes: inclusión y participación social, protección social (prevenir o reducir la pobreza, vulnerabilidad y exclusión social), atención y cuidado (centros gerontológicos).

Al considerar que el envejecimiento debe ser un proceso placentero con una vida digna y saludable, a través de su participación y empoderamiento junto a la familia, la sociedad y el Estado. Es así que actualmente existen 428 convenios de cooperación a instituciones públicas y privadas encargadas del cuidado del adulto mayor (2).

Si bien existen políticas que buscan proteger y asegurar una mejor calidad de vida para los adultos mayores, la realidad es distinta; tanto así que este grupo vulnerable se encuentra cada vez más excluido socialmente y principalmente de su familia por ser personas dependientes, esta condición hace que terminen abandonados e ingresados en centros geriátricos, esta situación puede generar en los adultos mayores trastornos psicológicos (ansiedad, depresión) y patológicos.

En Cuenca la realidad es similar, por ello el presente trabajo expone las causas y consecuencias que conlleva el abandono en los adultos mayores del centro gerontológico Cristo Rey, institución que alberga 126 adultos mayores.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vejez en algunos países es considerado como los años dorados, donde el individuo deja de trabajar, preocuparse y sentir necesidad alguna, su único propósito es disfrutar de su pensión jubilar y los años que le queda de vida. Nada más alejado de la realidad, en nuestra región los adultos mayores no cuentan con una pensión jubilar digna de sus necesidades, sus preocupaciones son mayores al verse cada vez más limitados, enfermos y abandonados. En el Ecuador, se estima que el 11% de los adultos mayores viven solos, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder (5).

De acuerdo a la OMS, los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor. Además, entre los adultos mayores son más frecuentes experiencias de soledad por muerte o abandono de alguno de sus seres queridos. De igual manera, los cambios sociales que sufre al envejecer son factores que pueden ocasionar sentimientos de aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia (6).

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y Enfermedades Crónicas No Transmisibles en una persona mayor puede empeorar esta última. (6). En este contexto, Sequeira Daza (2011) menciona que la soledad y la depresión se relacionan con enfermedades crónicas, la edad, el tiempo de convivencia, la satisfacción con la vida, la percepción del estado de salud, el ánimo y el apoyo social (7).

Como consecuencia del abandono, los adultos mayores presentan depresión la cual se manifiesta en un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o

la diabetes. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria (6).

En nuestro país, la ley del anciano garantiza el derecho a un nivel de vida donde se asegura su salud corporal y psicológica, sin embargo dicho escenario es muy alejado de la realidad en el que el adulto mayor vive. Una gran parte del sistema sanitario dentro de los centros geriátricos, no cuentan con equipo multidisciplinario en atención psicológica especialista en tratar a este grupo etario, lo que desencadena en que dichos problemas emocionales sean imperceptibles a la realidad social.

Frente a lo anteriormente expuesto, la situación de los adultos mayores y la modificación de su rol social, hace que el adulto mayor sea vulnerable. En este contexto y como estudiantes de la Carrera de Enfermería, surge la inquietud de conocer, ¿Cuáles son las causas y consecuencias relacionadas con el abandono del Adulto Mayor Centro Gerontológico Cristo Rey? Cuenca 2016.

1.3 JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial el envejecimiento de la población tiene una mayor importancia por su impacto económico y social, además por ser un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema sanitario por la mayor presencia de enfermedades crónicas, mal nutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras. En el Ecuador, a través de entidades gubernamentales se busca velar por el cumplimiento de los derechos y cuidados del adulto mayor; sin embargo, investigaciones como la de Delgado (2012) ha estimado que una de las causas principales del abandono de los adultos/as mayores son los problemas con la familia el cual abarca el 40% de los casos; el 20% menciona que son debidos a problemas con el alcohol y otras drogas; el 20% debido a maltratos; otros porque no tienen casa, hogar, familia y por problemas económicos en un 10% (8).

América Latina, es una de las regiones con mayor desigualdad social, que se refleja más aun en las personas de la tercera edad. La Organización Panamericana de la Salud (2011), afirma que en la Región, cerca del 50% de la población de adultos mayores, no tienen recursos económicos para satisfacer sus necesidades diarias; y una tercera parte no dispone de jubilación, pensión, ni trabajo remunerado; la mayoría de los adultos mayores alcanzan sólo el nivel primario de educación y vive en áreas urbanas, el 40% de los hombres y el 8% de las mujeres de 60 años o más todavía trabajan (9).

En el Ecuador, de acuerdo a la Agenda de igualdades para Adultos Mayores 2012-2013, extendida por el MIES, las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son, en su mayoría, deficitarias. Se estima que el 57,4%, correspondiente a 537.421 personas, se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza, el 30% de las personas adultas mayores cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, el 14,70% de los adultos mayores fueron víctimas de insultos y el 14,9%, víctima de negligencia y abandono (10). De igual manera, otros estudios realizados en España, afirman que la soledad y la depresión en los adultos mayores que se sienten abandonados, son consecuencias que se relacionan con enfermedades crónicas, con la edad, con el tiempo de

convivencia, con la satisfacción, con la vida, con la percepción del estado de salud, con el ánimo y el apoyo social (7).

El adulto mayor experimenta situaciones de cambios a nivel emocional y social, estas situaciones nombradas en el estudio anterior son denominadores comunes para la mayoría de los adultos mayores, los mismos que les pueden llevar a presentar múltiples complicaciones a nivel cognitivo y funcional; provocando un deterioro de su calidad de vida; descuidando el anhelado Buen Vivir, que se ampara en la Constitución de la República del Ecuador

Mario Castañera, et .al, en su libro “Apuntes de Geriatría”, indica que un paciente geriátrico es el mismo con su enfermedad y sus deficiencias, a esto se le añaden la historia de su vida. Llegando a cuestionarse si en realidad se toma en cuenta y si hay una valoración biopsicosocial a través de un equipo multidisciplinario o solo al adulto mayor se lo atiende de manera superficial, valorando nada más su estado físico y no psicológico.

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

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes

El cuidado de los adultos mayores se remonta a los años 330 cerca de la era donde la figura histórica de San Basilio creó un complejo sanitario hospitalario, adelantado para la historia, en el que había una casa para ancianos, este modelo asistencial se denomina basilio. Posterior a ello los monasterios se fueron dedicando cada vez más a la atención de enfermos desprotegidos y adultos mayores (11).

Los primeros hospitales urbanos no asociados a monasterios fueron los de Lyon y París, fundados en los siglos VI-VII, con progresiva dedicación a los adultos mayores como los Hospitales de Venerables, de los que en el siglo XIV existía uno en Sevilla (11).

Pese a no tener una filosofía hospitalaria debidamente definida, existen dos figuras católicas que dedicaron su vida al cuidado de los adultos mayores tanto emocionalmente como físicamente y son: San Vicente de Paúl (1576-1660) y Luisa de Marillac (1591-1660), en la actualidad sus hospicios para adultos mayores son a nivel mundial (11).

La historia indica que en los años cuarenta del siglo XX en el Reino Unido, se inicia la geriatría como ciencia práctica, ejercida por Marjorie Warren en el West Middlesex Hospital, en Islewort, quien atiende y dirige un gran cambio de actitud ante los pacientes de la tercera edad ingresados en la sala de crónicos, con una correcta valoración y una terapéutica activa consiguió recuperaciones impensables y expuso que la intervención en las primeras fases de la enfermedad del adulto mayor reduciría, su evolución y situaciones de incapacidad. En 1946, el National Health Service crea la especialidad de geriatría y ofrece en sus hospitales plazas para atender a los adultos mayores, la misma que es acogida de manera rápida y favorable. En 1978 Alberto Salgado Alba fue el primer fundador del servicio de

geriatría en el Hospital de la Cruz Roja de Madrid, además fue impulsador del reconocimiento de la geriatría como especialidad médica oficial (11).

En la actualidad la geriatría ha evolucionado desde las viejas estructuras hasta lo que es actualmente. La Geriatria después de ser reconocida como una especialidad médica en 1978 ha recibido más atención de los Servicios Sociales, conjugando la teoría y la práctica que los propios de la Medicina (12).

Actualmente la asistencia geriátrica se compone de un grupo multidisciplinario que se lleva a cabo niveles de atención, proporcionando cuidados a las personas mayores de acuerdo a sus necesidades tanto sanitarias como sociales, tales como: atención primaria en salud, atención especializada y servicios sociales comunitarios (11).

2.2 Población Adulta Mayor, situación mundial

Los cambios demográficos, impactados por factores como la industrialización, descubrimientos médicos, mejoramiento de las condiciones de vida, intervenciones de salud en la niñez dirigidos a reducir la mortalidad infantil y como consecuencia el aumento de la esperanza de vida, muestran un incremento creciente del grupo de población adulta mayor- población de 60 años y más (13).

Con el crecimiento acelerado de la población adulta mayor los países en vías de desarrollo no podrán asegurar la oportunidad de brindar una buena salud para que la vida de las personas mayores sea no solo más larga, sino mejor, a menos que los sistemas de salud y los sistemas sociales estén preparados adecuadamente, siendo capaces de responder a nuevas y mayores demandas de estos grupos de población, será difícil afrontar los retos sociales y de salud que exige una población adulta mayor (13).

2.3 El proceso de envejecer

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

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

Los principales cambios que pueden observarse son: (14)

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

2.3.2 Cambios psíquicos: Se produce una pérdida de la capacidad para resolver problemas, así como una falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. Se producen alteraciones en la memoria, y suele haber episodios de amnesia focalizada en el tiempo. La capacidad de adaptación puede estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas (14).

Estas modificaciones pueden manifestarse en diversos aspectos:

- **En las funciones cognitivas (14)**

Memoria. La pérdida de memoria es asociada a la edad. Las modificaciones respecto a la memoria pueden estar ligadas a la motivación. Factores que intervienen en esta evocación son: la pérdida de interés en el presente, la lentitud en la evocación (lentitud de reacción frente a estímulos recibidos). A medida que se envejece disminuye la capacidad para distinguir entre recuerdos percibidos y generados y aumenta la probabilidad de cometer errores de confusión.

Resolución de problemas. Las personas de la tercera edad presentan cierta dificultad para utilizar estrategias nuevas. El pensamiento se hace más concreto que abstracto, existe una mayor prudencia e incluso dificultad ante la toma de decisiones, mayor rigidez en la organización del pensamiento y cierta dificultad para discriminar la información.

Creatividad. Es importante tener presente que la creatividad depende de la experiencia y de la propia motivación, del entorno, la salud, el estilo de vida y la energía que tiene el Adulto Mayor. La creatividad relacionada con las humanidades se conserva; la relacionada con las ciencias disminuye relativamente.

Reacción a Estímulos. A medida que se envejece se observa la disminución de los reflejos frente a ciertos estímulos, también tienen una cierta dificultad en transformar los estímulos verbales en imágenes mentales (dificultad de comprensión) y un enlentecimiento de la respuesta ante estos estímulos percibidos.

Lenguaje. La preservación del lenguaje nos indica que el proceso de envejecimiento es normal.

- **En la afectividad**

Se puede relacionar con tres aspectos:

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

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

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

2.3.3 Cambios sociales.- La sociedad actual asigna a cada grupo de edad un rol específico, tales como:

Rol individual. Al envejecer, se hacen mucho más evidentes las pérdidas (facultades físicas, afectivas, psíquicas, económicas, de rol), en especial las afectivas, que pueden ser afectadas por la muerte de su cónyuge o amigos, esto genera una gran tensión emocional y un sentimiento de soledad que en ocasiones resulta difícil de superar. En este periodo de la vejez el rol del adulto mayor tiene dos etapas(14).

1. El adulto mayor es independiente, ayuda a los hijos y actúa de cuidador de los nietos y en algunas actividades
2. Aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten y la familia se enfrenta a la dificultad de analizar qué opciones

existen y puede utilizar para dar cobertura a las necesidades que el adulto mayor presenta (desde cuidado familiar hasta ingreso del adulto mayor a centros y residencias geriátricas). Todos estos últimos cambios se han dado por modificaciones en la estructura familiar como: inclusión de la mujer en lo laboral, separaciones familiares, transiciones y migraciones. En los últimos años se ha visto que los nietos cuidan a sus abuelos conviviendo en el mismo núcleo familiar del adulto mayor (14).

Rol en la comunidad. En la actualidad la sociedad valora a un individuo activo, capaz de dedicar horas al trabajo y poco tiempo a su familia, el adulto mayor pasa a segundo plano siendo una persona inactiva, encasillándole al adulto mayor como un ente que no brinda aportes importantes para esta sociedad, de allí el distanciamiento generacional entre abuelos, hijos y padres(14).

Rol laboral. La gran modificación que se produce en el rol laboral es la de la jubilación del individuo. La adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientado entorno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al abandonar el ambiente laboral, los recursos económicos son menores y el exceso del tiempo libre genera la angustia que produce el no realizar actividad(14).

En la senectud se da una “transición de status o cambios importantes de roles y de posición social. No obstante la transición de status a la vejez es distinta. La transición a la jubilación, viudez o a una salud deteriorada puede disminuir la vejez, responsabilidad y autonomía” (Craig) (15).

2.4 El adulto mayor y la familia

La tercera edad es afectada en un principio por el abandono de sus actividades diarias, contacto social; resultado de su jubilación. El Adulto Mayor pasa de ser un

protagonista activo de la sociedad a un antagonista de la misma, su nuevo rol se enfoca a su núcleo familiar, donde se establecen e intensifican vínculos afectivos.

La familia como red social de apoyo acrecienta su importancia con el envejecimiento, donde pierden la mayoría de sus relaciones sociales. La familia se le califica como el mejor recurso de apoyo, ya que se vuelve proveedora principal de cuidados y fuente de sostén emocional para el adulto mayor. Además es el área de vida del adulto mayor más importante para él, junto con la salud y la economía (16).

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

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

Esto a su vez provoca un mayor aislamiento en perjuicio de sí mismo. La soledad que afecta al adulto mayor se ve reflejada muchas veces en el desear la muerte, para no ser carga de nadie y también para no ser una molestia. Anímicamente decaen siendo vulnerables a cualquier cosa que los pudiese afectar (17). En este contexto, la investigación de Cargua (2011), realizada en un Centro Gerontológico de la Provincia de Chimborazo, encontró que el 44% de adultos mayores tienen depresión estable, el 40% tiene problemas de depresión y finalmente el 16% tiene depresión normal (18).

2.5 Derechos del Adulto Mayor

El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2012), exhorta a todos los Estados a garantizar el disfrute pleno y equitativo de los derechos de las

personas mayores incluyendo la adopción de medidas para luchar contra la discriminación por la edad, la negligencia, el abuso y la violencia; para abordar las cuestiones relacionadas con la integración social y la asistencia sanitaria adecuada. Advierte además que las políticas y entes existentes deben velar por los cuidados y atención del adulto mayor han resultado insuficientes y precisa la adopción de medidas especiales. Se acogen las iniciativas regionales y subregionales destinadas a promover y proteger estos derechos, incluso por medio del desarrollo de pautas normativas(19).

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

La Propuesta de la Política Pública impulsa como valor supremo, el respeto a la vida y a la dignidad inherente a toda persona y, por tanto, a los derechos que de ellos se desprenden. Por ello se atenderá al fortalecimiento de las relaciones familiares para que el cuidado del adulto mayor sea asumida por sus hijos/as, nietos/as, en fin su familia. Por tanto, la Agenda de la política para personas adultas mayores procurará que ellas mismas, las instituciones, organizaciones, familia y el entorno social en general, apoyen y defiendan su integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual (10).

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

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

- b) **Ley Orgánica de Seguridad Social.-** Su objetivo es cubrir las necesidades básicas del asegurado y las personas a su cargo, cuando su competencia para el trabajo se encuentra disminuida por envejecimiento, derecho garantizado tanto en la Constitución, como en la Ley de Seguridad Social. Entre las prestaciones que se brindan están: pensión por vejez, subsidio transitorio por incapacidad parcial, pensión por montepío por viudez, subsidio para auxilio de funerales y pensión asistencial por vejez, financiada por el estado.
- c) **Ley Orgánica de Salud.-** Según la normativa, el Estado reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas raras y huérfanas; la Autoridad Sanitaria Nacional implementará las acciones necesarias para la atención en salud de los enfermos que las padezcan *“con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida”*; garantizará la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación. Las personas que sufran estas enfermedades serán consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad. Este proceso beneficiará a los adultos mayores que sean diagnosticados de cualquiera de estas enfermedades (12).

2.6 Factores asociados al bienestar del Adulto Mayor

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

- I. **Vulnerabilidad.-** Definida como la desprotección de un grupo cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos por no contar con recursos personales, sociales y legales (20). Ciertos problemas de los adultos mayores como: pérdida de energía, menor tolerancia a la actividad física, limitaciones funcionales y percepción sensorial disminuida, pueden aumentar su vulnerabilidad (21).

Habitualmente un adulto mayor puede presentar vulnerabilidad al medio interno y/o externo, producida en gran parte por la pérdida normal de la reserva fisiológica, así un adulto mayor puede llegar a estar vulnerable por sólo una causa médica, pero también puede sufrirla y no necesariamente debe estar presente alguna enfermedad, sino ser secundaria a factores sociales (soledad, pobreza, tipo de vivienda, educación, etc.) o por razones farmacológicas (dosis y tipos de fármacos que usan) y psicológicas (22).

- II. **Enfermedades crónicas.-** El adulto mayor se enfrenta a enfermedades crónicas como: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Cáncer, Osteoporosis, Artritis Reumatoide, Enfermedades Cardiovasculares como: Las dislipemias, y enfermedad Cerebro Vascular, todas son de larga duración y de progresión lenta y son la causa de su mortalidad y discapacidad.
- III. **Grado de dependencia e independencia.-** El adulto mayor sufre una serie de cambios asociados con su propia funcionalidad para realizar actividades básicas diarias, lo que le conduce a diversas formas de discapacidad y dependencia por la dificultad de la movilidad, funciones sensoriales, disminución de la fuerza y la capacidad de equilibrio. Lo que conlleva a que necesite la asistencia de un tercero, ocasionando sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia. Para valorar la capacidad de dependencia, una escala útil es la del índice de Barthel, que contempla 10 actividades básicas diarias como: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras.
- IV. **Abandono.-** Entendido este como: *“el descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno, o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral, puede ser intencionada o no intencionada”* (23). Aplicando este concepto se puede discernir que muchos geriátricos por las condiciones mencionadas, están abandonados/as.

2.6.1 Tipos de abandono (24) :

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

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

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

Los psicólogos actuales sostiene que todas las conductas, sean normales o perturbadoras, tienen como base la interacción de factores como genéticos, fisiológicos y ambientales (experiencias pasadas y presentes) (25).

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

2.7 Causas del abandono

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

- **Edad.-** Debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales a mayor edad, hay mayor dependencia y por ende necesidad de cuidados más complejos, es así que los adultos que se encuentran en los centros geriátricos, son aquellos más dependientes de cuidados. Según las autoras Fuentes y Contreras (2013), en su investigación acerca de los factores que influyen en la presencia de depresión en las personas de la tercera edad que habitan en la comunidad de Malvinas, Provincia de Los Ríos, encontraron que el 76% de los adultos mayores, con una edad comprendida entre 60 a 90 años, presentan depresión (26).

Adicionalmente, la investigación de Hernández, Palacios y Cajas (2011) en Guatemala, sobre caracterización del adulto mayor con Síndrome de Abandono, determinaron que la población octogenaria (entre 80 y 89 años) pudiese ser la que presenta más abandono (33). De igual manera, Sequeira (2011) determinó que uno de los factores de riesgo que aumenta la vulnerabilidad de las personas de la tercera edad, para experimentar soledad es tener más de 80 años (7).

- **Sexo.** El ser mujer es menos vulnerable a que se encuentre abandonada debido a que la misma, desempeña diversos roles en el hogar y en la familia a diferencia del sexo masculino. Por otra parte, se considera al género femenino con mayor tendencia a presentar cuadros depresivos o

de ansiedad. Es así que el estudio de Aldana y Pedraza (2012) evidencia que la población de adultos mayores muestreada presenta una depresión global de 9.5%, aunque es mayor para el sexo femenino, siendo del 11.5% (27). Sin embargo otro estudio, realizado en Guatemala con 159 adultos mayores, no encontraron que la variable “sexo” tenga una incidencia significativa en el padecimiento de síndrome de abandono (33).

- **Residencia.** El residir en el área urbana, predispone a los Adultos Mayores al abandono, debido a la exigencia laboral y social en cuanto a la demanda de tiempo, mientras que en el área rural realizan diferentes actividades, sin embargo son menos dependientes y predispuestos al abandono. Según los autores Hernández, Palacios y Cajas (2011) al investigar los factores que influyen en el síndrome de abandono, no encontraron diferencias significativas en los resultados al evaluar adultos mayores provenientes de zonas urbanas o rurales (33).
- **Estado Civil.** El ser soltero, viudo y divorciado, hace que el Adulto Mayor sea vulnerable a maltratos, manejo y decisiones de terceros, a diferencia de los casados y los que viven en unión libre son menos vulnerables al abandono. Una investigación realizada en Guatemala con 159 Adultos mayores, encontró que el estado civil no representa un factor de riesgo para presentar consecuencias psicológicas del abandono (33). No obstante, la investigación de Borda Pérez (2013), realizada con 66 adultos mayores de Barranquilla, estimaron que el ser soltero tiene una asociación significativa con la prevalencia de depresión en las personas de la tercera edad (28). Además, la investigación de Sequeira (2011) refuerza que el estado civil es un predictor importante de soledad, el 82.9% de la muestra de su estudio, aseguró sentirse sola, las cuales eran personas solteras, separadas y viudas, mientras que en las personas casadas, solo se sentían solas un 17.1% (7).
- **Condición socioeconómica.** El no disponer de un ingreso económico la familia, predispone al adulto mayor a ser abandonado debido a que no

puede abastecer sus necesidades y cuidados, Según los autores Hernández, Palacios y Cajas (2011) en la investigación “*Caracterización del Adulto Mayor con síndrome de abandono*” encontró que el 68.6% de sus ingresos mensuales son de 124 dólares o menos, 20% en extrema pobreza, con ingreso de 40 dólares, 12.1% perciben 200 dólares o más, sin embargo, los análisis multivariados mostraron que esta variable no es trascendental para el padecimiento de síndrome de abandono (33). De igual manera, en Barranquilla (Colombia) se realizó un estudio con el objeto de establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 - 95 años, encontrando que los ingresos económicos no tienen una relación significativa con el padecimiento de depresión en los adultos mayores (28).

- **Relación intrafamiliar.** La familia, núcleo de la sociedad ha cambiado; así, en la actualidad debido a las necesidades económicas y sociales el cuidado de los adultos mayores queda en manos de terceros o en su defecto son ingresados a centros geriátricos para su cuidado. Este hecho se justifica en la dependencia física y psicológica que crea el adulto mayor y que en ocasiones lo vuelve triste, hostil y agresivo. La investigación de Paucar y Quezada (2012), realizada con el objetivo de determinar la incidencia del abandono familiar en el estado emocional del adulto mayor institucionalizado, desarrollada en Loja, señala que el abandono familiar influye en el estado emocional de los adultos mayores, presentando depresión, tristeza, frustración e irritabilidad (17).
- **Condición Física.** Al transcurrir y al pasar de los años el adulto mayor se va deteriorando progresivamente adquiriendo en si un grado de dependencia parcial o total el cual necesita el cuidado directo de otra persona para desenvolverse en sus diferentes actividades. En este contexto, Sequeira (2011) afirma que el uso de bastón para la deambulación y tener alguna fractura osteoporótica, son factores que influyen en sentirse abandonados o solos por parte de los adultos mayores (7).

- **Condiciones Biológicas.** Debido a que los adultos mayores adquieren enfermedades que limita el desenvolvimiento para realizar las actividades u otras obligaciones dentro del ambiente familiar y social, esto hace que el Adulto Mayor presente enfermedades crónicas degenerativas las mismas que pueden llegar a tener consecuencias. En este sentido, el estudio realizado por Hernández, Palacios y Cajas (2011) sobre el síndrome de abandono en los adultos mayores, concluyeron que la ausencia de conocimientos de la familia sobre la atención y cuidados requeridos para el Adulto Mayor, constituye un factor de riesgo para el abandono de personas por su edad y condiciones de salud. Además señalan que los factores biológicos que predisponen a una persona de la tercera edad al abandono son: estar entre los 80 y 89 años de edad, padecer Hipertensión Arterial y/o Alzheimer (33). Por otra parte, Sequeira (2011) en su investigación realizada para determinar factores de riesgo que inciden en sentirse en soledad en las personas de la tercera edad, encontró que los adultos mayores que perciben su salud como mala o muy mala, se sienten más solas que aquellas que tienen una percepción positiva de su salud (7).

2.7.1 Consecuencias del abandono

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

Según Cabezas (2013) en su investigación, *“Eficacia del psicoballet aplicado como terapia grupal en la mejoría de la autonomía personal de los adultos mayores”* la internación genera un grado de dependencia debido a sentimientos de soledad, mostrándose apáticos, poco participativos y factores de riesgo como: sedentarismo, aislamiento lo que puede generar discapacidad y dependencia de mayor agudeza.

Según el mismo autor, las consecuencias que presenta el adulto mayor al ser abandonado son (29):

- **Enfermedades Biológicas.** El proceso fisiológico del envejecimiento presenta una serie de enfermedades (Desnutrición, Diabetes, Hipertensión, Alzheimer, ECV) que pueden desarrollarse como presentar complicaciones durante su permanencia. Esta población es vulnerable ya que su sistema inmunológico cambia constantemente.
- **Deterioro Físico.** El mantenimiento de la capacidad funcional es importante para el adulto mayor para verse libre de enfermedad, dada por la habilidad de realizar de manera independiente actividades de la vida diaria. El deterioro de la salud puede disminuirse debido a algún trastorno o enfermedad crónica o lesión que limita las aptitudes físicas y mentales.
- **Trastornos Psicológicos.** La permanencia del adulto mayor en el centro gerontológico afecta las emociones y genera sentimientos de frustración. Además presenta sensación de abandono y soledad, por lo que experimenta cambios en su adaptación. La soledad se ve reflejada por la pérdida del vínculo social entre los que lo rodean, presentando sentimientos de depresión, angustia, ansiedad llegando incluso algunas veces a presentar psicopatologías tales como psicosis o neurosis agudas (17).
- **Exclusión social.** El Adulto Mayor es considerado como un ser social, presentando problemas que afectan directamente sus emociones, salud, y principalmente la comunicación viéndose interrumpido la relación con otros sistemas externos (barrio, trabajo). La familia se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y las relaciones afectivas, al ser institucionalizado se rompe los lazos afectivos dentro de la familia y sociedad.

Según Delgado (2012), el abandono del adulto mayor provoca un deterioro en las conductas sociales, ya que el abandono familiar impacta de forma muy intensa provocando en un 80% un nivel de desadaptación grave de conductas sociales.

El abandono atenta contra los derechos del adulto mayor y lo predispone a riesgos biopsicosociales. Los cambios en su psicología que trae una situación de abandono, es a menudo una crisis de desgaste, desánimo y desilusión, por la experiencia que vive el adulto mayor al verse, de pronto, no aceptado, abandonado y en casos extremos olvidados (30).

Si estas pérdidas que afectan al adulto mayor, no se compensan mediante un buen manejo del campo afectivo, emocional, intelectual (Inteligencia Emocional), el adulto mayor será invadido de sentimientos negativos, que afectan su autoestima, especialmente en las mujeres(30).

El abandono de los adultos mayores en el Ecuador es una realidad imperceptible, pese a que en el Código Orgánico Integral Penal art. 153 sanciona con la privación de la libertad de 1 a 3 años a las personas que abandonen a algún adulto mayor. Esta ley busca proteger y crear consciencia del cuidado que las personas de la tercera edad deben tener.

2.8 Ansiedad

La ansiedad representa un estado emocional de malestar y aprensión, con síntomas subjetivos y objetivos derivados de la hiperactividad de la función del sistema no adrenérgico, que puede desencadenarse ante una amenaza potencial, real o imaginaria, hacia la integridad física o psíquica del individuo. La misma vendría a representar una reacción de adaptación y de hiperalerta. En los adultos mayores resulta en la mayoría de veces difíciles de tratar puesto que se enmascaran en distintas somatizaciones o bien puede ir asociada a síntomas afectivos a los que se da más importancia (31).

Este estado emocional se considera patológico cuando interfiere en la capacidad adaptativa e impide llevar adelante las tareas cotidianas, produce sentimientos de inseguridad y de devaluación personal, dificultando el proceso de relación y de adaptación al medio. Los niveles de ansiedad que puede experimentar una persona pueden ir desde la intranquilidad hasta los estados de pánico. En ese tipo de trastornos el curso suele ser lineal y progresivamente incapacitante al ir fallando los mecanismos adaptativos (32).

Un estudio con 276 adultos mayores de Centros de Bienestar del Anciano de Medellín (Colombia), tuvo por objetivo estimar los factores asociados con síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados, encontrando que el hecho de tener riesgo de ansiedad mostró prevalencias más elevadas de síntomas de depresión moderada (54.9%) y severa (23.1%), en comparación con los adultos sin este riesgo de ansiedad (28.1% síntomas de depresión moderada; 1.6% severa) (33).

La ansiedad en personas que la padecen, se manifiesta mediante síntomas físicos y psíquicos:

2.8.1 Manifestaciones Psíquicas

Sentimiento de temor. Provoca una actitud de alerta, como queriendo anticiparse a un peligro.

Sensación de tensión. El sujeto se encuentra nervioso, inquieto, continuamente preocupado y es incapaz de relajarse.

Alteraciones cognitivas. Debido al elevado estado de activación, disminuye la atención y aparece distraibilidad, dificultad para concentrarse y tendencia a la fatiga intelectual, por lo que la memoria también puede verse afectada.

Alteraciones de sueño. Retraso de conciliación, interrupciones por despertares y pesadillas, cansancio o sensación de sueño no reparador.

Alteraciones del comportamiento. El sujeto ansioso se vuelve malhumorado, irritable y adopta una actitud hipervigilante.

2.8.2 Manifestaciones Físicas

La ansiedad puede provocar síntomas en todos los órganos y sistemas del organismo

Síntomas cardiocirculatorios: palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, dolor precordial, sensación de paro cardíaco.

Síntomas gastrointestinales: dolor en el estómago, espasmos faríngeos, náuseas, vómitos, meteorismo, diarrea o estreñimiento, alteraciones del apetito...

Síntomas respiratorios: apnea, paro respiratorio, suspiros, accesos de tos nerviosa. Es frecuente la hiperventilación que puede provocar síntomas secundarios a la alcalosis respiratoria derivada.

Síntomas genitourinarios: micción imperiosa, nicturia, polaquiuria, disuria.

Síntomas neurológicos: mareos, vértigos, cefalea, inestabilidad, temblor, entumecimiento, parestesias

En los adultos mayores los cuadros de ansiedad se deben a estímulos negativos que provocan una respuesta biológica y psicológica, ya que la disminución de su capacidad de adaptación favorece la presencia de estos trastornos, sobre todo después de acontecimientos traumáticos (31). En este sentido, Hermida y Stefani (2011) afirman que eventos como la jubilación resulta un factor psicosocial negativo para el adulto mayor, pudiendo contribuir en el desarrollo de algún trastorno psicofisiológico (34).

Se trata de un trastorno psicoemocional, cuando se experimenta como una cognición, una valoración llena de dudas respecto de la propia seguridad o de la capacidad social. La ansiedad es un mecanismo natural de alerta y adaptación al medio que en general ayuda a afrontar las situaciones que se nos presentan en la vida (El estado de desasosiego y temor es una respuesta a las pérdidas futuras). Cabe resaltar la diferencia que existe entre una situación de miedo y una respuesta ansiosa. En el caso del miedo existe un objeto real que se configura como amenazante y que justifica la puesta en alerta del organismo, los mismos que le

permitan defenderse de una agresión como: taquicardia, sudoración, temblor y todo un sistema alerta. En el caso de la ansiedad no existe peligro real que permita entender este gasto de energía. La valoración de amenaza que realiza el individuo depende de cogniciones que le hacen catalogar la situación como peligrosa (32).

2.9 La depresión

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (35) .

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2014), considera que una persona que atraviesa un trastorno depresivo manifiesta aspectos observacionales poco específicos, entre los cuales se encuentra el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para discernir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia, gravedad, y el grado de deterioro funcional y social (35).

Las características que se presentan en un adulto mayor con depresión pueden ser algo evidente, tales como pérdidas de peso, insomnio, ideas delirantes en los más graves cuadros psicóticos. Sin embargo, puede ser la antesala a una enfermedad somática (enfermedad de Parkinson, hipotiroidismo, hipertiroidismo, etc.). Además, la depresión se puede inducir por el uso de fármacos y puede presentar deterioro cognitivo, es decir, un menor rendimiento intelectual semejando una demencia (36).

En Cuenca, se hizo una investigación en la Fundación Gerontológica Plenitud con el fin de determinar la presencia de depresión y su nivel de intensidad en el Adulto Mayor Institucionalizado, encontrando que el 50% de los adultos mayores presentan depresión, de dicho porcentaje obtuvieron depresión leve el 25,0%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12,5% de las personas adultas mayores; concluyendo que factores asociados como: la pérdida de roles, estado de dependencia, falta de redes de apoyo emocional, esquemas disfuncionales y procesos de duelos no resueltos favorecen a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores (37). Un segundo estudio, realizado en Medellín (Colombia) con adultos mayores institucionalizados ($n=276$), encontraron que el 54.3% ($n=150$) de las personas de la tercera edad institucionalizadas encuestadas, no registraron ningún grado de síntomas de depresión; el 37% ($n=102$) presentó síntomas depresivos moderados y el 8.7% ($n=24$) los registraron de forma severa la depresión(33).

2.9.1 Factores asociados a la depresión en adultos mayores

La depresión es un proceso multifactorial y complejo, frecuentemente nos encontramos con la presencia simultánea de diferentes factores de riesgo de depresión en el Adulto Mayor(38).

En las últimas décadas, se han puesto de manifiesto determinados factores sociodemográficos en el desarrollo de trastornos depresivos en población general, tal es el caso de la condición femenina, que pertenecía a clases sociales más desfavorecidas, el estado civil, disponer de una historia familiar de depresión; o la muerte temprana de una figura parenteral. Así pues, la prevalencia diferencial de la depresión según el sexo, parece verse atenuada en el caso de los adultos mayores, y más concretamente entre personas de edad avanzada (39).

El proceso de envejecimiento, trae consigo cambios relacionados con modificaciones en la esfera personal (reducción de ciertas capacidades), familiar (abandono del hogar por parte de los hijos, pérdidas de personas significativas,

etc.), social (jubilación, pérdida de contactos sociales, pérdida de poder adquisitivo, etc.) (39).

Todo lo anteriormente señalado, tanto en la parte inicial de esta investigación como lo del párrafo preliminar, exige al adulto mayor un esfuerzo de adaptación a su nuevo ambiente de convivencia, los mismos que al no tener un apoyo puede generar trastornos emocionales.

2.10 Reseña Histórica del Centro Gerontológico Cristo Rey

El Hogar Cristo Rey fue creado por iniciativa del Padre Miguel Castro y la Srta. Florencia Astudillo el 23 de Agosto de 1933, tomando el nombre de Asilo de Ancianos Desamparados Cristo Rey en el año 1957, aprobado legalmente por el Ministerio de Previsión Social y Trabajo con Acuerdo Ministerial No 1184 del 22 de Abril de 1957. Originalmente fue regentado por la Madre Sabina Benito (Española) de la Comunidad de Hermanitas de los Ancianitos Desamparados, quienes hasta la actualidad son las encargadas de administrarlo (40).

Esta institución tiene por objeto dar Asistencia Social a las personas Adultas Mayores para mejorar la calidad de vida de los 140 personas adultas mayores que anualmente son atendidos en esta Institución, garantizando así que las personas adultas mayores tengan la oportunidad de acceder a servicios de salud, alimentación, hospedaje, vestido, ocupación y recreación (40).

La actual Congregación es representada por una Superiora General residente en España, Sor María Purificación Castro , siguiendo en grado de autoridad una superiora provincial, que se encuentra en la ciudad de Bogotá – Colombia, y para terminar con una Madre Superiora del Asilo Cristo Rey, Madre Raquel Fernández, quien al momento ejerce esta función (40).

Esta institución esta está ubicada en la Provincia del Azuay, en el Cantón Cuenca, en la Parroquia Bellavista. La casa - hogar está localizado en las calles Gaspar



Sangurima N° 13-58 y Estévez de Toral, perteneciente a la parte céntrica de la ciudad, catalogada como Patrimonio Cultural de la Humanidad(40).

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar las causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor. Centro Gerontológico Cristo Rey en la Ciudad de Cuenca.2016

3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población de estudio según: edad, sexo, residencia, estado civil, tiempo de institucionalización y la frecuencia de visitas.
2. Identificar las causas que influyen para en el abandono del adulto mayor.
3. Describir las consecuencias psicológicas del abandono en el adulto mayor

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

La investigación fue de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, donde se planteó determinar las causas y consecuencias del abandono en el Adulto Mayor del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca.

4.2 Área de estudio

La investigación se llevó acabo en la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, en el Centro Gerontológico Cristo Rey ubicado en la calle Sangurima entre las calles Juan Montalvo y Estévez de Toral.

4.3 Población de estudio y muestra

Población de estudio.- La población de estudio fue constituida por 126 adultos mayores (hombres y mujeres) ingresados en el Centro gerontológico.

Muestra.- La muestra que se tuvo en cuenta para el desarrollo de la presente investigación fue de 80 Adultos Mayores que se encontraron alojados en el Hogar Cristo Rey. El cálculo de la población se realizó con la siguiente formula:

$$n = \frac{N Z^2 S^2}{d^2 (N-1) + Z^2 S^2}$$

Dónde:

n= tamaño de la muestra

N = Total de la población

$Z^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

S^2 = Varianza de la población en estudio (puede obtenerse de estudios similares)

d = precisión (en este caso deseamos un 3 %).

Desarrollo:

$$n = \frac{126 \times 1.96^2 \times 0.95}{0.03^2 \times (361-1) + (1.96)^2 \times 0.9}$$

$$n = \frac{126 \times 384 \times 0.95}{0.09 \times (360) + (3.84) \times 0.95}$$

$$n = \frac{126 \times 0.3648}{0.324 + 0.1824}$$

$$n = \frac{40.9}{0.5064} \quad n = 80$$

Por lo tanto un total de 80 adultos mayores alojados en el Hogar Cristo Rey formaron parte del estudio de investigación, los cuales fueron encuestados.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión**Inclusión:**

- Persona Adulto mayor, ingresado en el centro geriátrico a partir de los 65 años de edad
- Adulto mayor que firme de forma voluntaria el Consentimiento informado.
- Adulto mayor que se encuentre internado más de 1 mes en el centro geriátrico.

Exclusión:

- Adulto mayor ingresado con diagnóstico de algún trastorno mental.
- Adulto mayor con deficiencia de lenguaje severa.

4.5 Variables

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

4.5.1 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio	Tiempo	Años cumplidos	65-69 años 70-74 años 75-79 años ≥ 80
Sexo	Característica fenotípica que diferencia a machos de hembras de la especie humana	Fenotipo	Masculino Femenino	Masculino Femenino
Estado civil	Condición legal de una persona en el orden social	Estado legal	Soltero Casado Viudo Divorciado	Soltero Casado Viudo Divorciado
Residencia	Lugar o área geográfica donde residió los últimos 3 años	Área geográfica	Urbana Rural	Urbana Rural
Tiempo	Período determinado durante el que se realiza una acción o se desarrolla un acontecimiento.	Tiempo de institucionalización.	Meses o años	< de 1 año 1-2 años 2-3 años 3-4> años
Visitas	Suele tratarse de una acción de cortesía que se concreta yendo a la casa de un familiar o amigo a quien se eche de menos	Frecuencia	Número de visitas al mes	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Ingreso	Entrada de una persona o cosa en un grupo, conjunto o institución.	Ingreso al Centro geriátrico	Razón del ingreso	Abandono Indigencia Familiares Voluntario
Causas Relación familiar	Grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, que viven juntos por un período indefinido de tiempo	Personas unidas por vínculos de parentesco	Entrevista	Buena Mala Regular NS/NR

Ingreso económico	Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos.	Cantidad de dinero	Tipo de salario	No ingreso Bono de desarrollo Pensión jubilar
Grado de dependencia	Estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia para realizar actividades de la vida diaria.	Autonomía	Escala de Barthel	0-20: dependencia total 21-60: dependencia severa 61-90: dependencia moderada 91-99: dependencia escasa 100 :independencia
Comorbilidad	Se refiere a enfermedades y / o a diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial	Ef. Crónicas no transmisibles	Diabetes Hipertensión Artritis Artrosis Alzheimer Otras	Nominal SI NO
Consecuencias				
Ansiedad	Se trata de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción es un mecanismo humano de adaptación al medio	Escala de Ansiedad	Test de Hamilton	0 – 5 No ansiedad 6-14 Ansiedad menor 14 o más Ansiedad mayor
Depresión	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, sentimientos de culpa o falta de autoestima.	Escala de Depresión	Test de Yesavage	0 - 5 : Normal 6 - 10 : Depresión moderada >10 : Depresión severa

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos

4.6.1 Métodos

Esta investigación es de naturaleza observacional, descriptiva de corte transversal en las que se determinó las causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor, del Hogar Cristo Rey.

4.6.2 Técnicas

Las técnicas utilizadas fueron la entrevista y la observación. (Anexo I)

4.6.3 Instrumentos

- Se desarrolló una encuesta elaborada por las autoras, previa validación en el centro geriátrico Santa Ana, con las variables establecidas.
- Escala de Barthel (Anexo II)
- Escala de Hamilton (Anexo II)
- Escala de Yesavage (Anexo II)

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

Test De Hamilton

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

Los puntos de corte recomendados son (41):

❖ 0-5: no ansiedad

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

❖ 6-14: ansiedad leve

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

❖ 15-30 : ansiedad moderada

Es un tipo de ansiedad que permite que el paciente evidencie la realidad de la situación actual y de lo que está por venir, por tanto hay una respuesta favorable a procedimientos o sucesos. A nivel orgánico, la ansiedad

moderada presenta un incremento de la frecuencia cardiaca y respiratoria (42).

❖ **Mayor o igual a 31: ansiedad severa o grave**

Este tipo de ansiedad puede ocasionar trastornos psicomotores o intelectuales, quebranto de la actividad psicológica, y perturbación de la concentración y memoria. Existen evidencias que la ansiedad leve y moderada puede cumplir una función útil y adaptativa.

De igual manera, la ansiedad severa o grave en este nivel se caracteriza por la incapacidad de la persona para concentrarse y percibir erróneamente la realidad. A nivel fisiológico, la persona puede presentar taquicardia, dolor de cabeza y/o náuseas.

Índice de Barthel

Este elemento objetivo de evaluación en geriatría fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejorar los niveles de dependencia de los pacientes (43).

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

1. capacidad de comer
2. moverse de la silla a la cama y volver
3. realizar el aseo personal
4. ir al retrete
5. bañarse

6. desplazarse
7. subir y bajar escaleras
8. vestirse
9. mantener el control intestinal y urinario

La puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de repuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. No es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia. Se establece un grado de dependencia según la puntuación obtenida siendo los puntos de corte más frecuentes 60 (entre dependencia moderada y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa). Algunos autores han propuesto el punto de corte en 60 por encima del cual implica independencia (29).

Test de Yesavage

Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado (44). Esta escala está construida específicamente para valorar la depresión en adultos mayores, por lo que, a diferencia de otras escalas, no valora los síntomas somáticos, que son menos importantes en las depresiones geriátricas. Cada ítem puntúa 1 o 0; la puntuación total oscila entre 0 y 15, y el punto de corte se sitúa entre 6 y 9 (45).

4.7 Procedimientos

Autorización: Para realizar este estudio se obtuvo el permiso de la directora del Centro Gerontológico Cristo Rey y las autoridades correspondientes.

4.8 Plan de tabulación y análisis

Con los datos recolectados se generó una base de datos en el programa SPSS 20 y Microsoft Excel 2010, a partir de las cuales se elaboraron tablas simples y de doble entrada mediante frecuencias y porcentajes de todas las variables.

Para determinar la asociación se realizó análisis observado mediante tablas de 2x2. Se determinó el estadístico χ^2 . Se cuantificó la asociación mediante el OR, con su intervalo de confianza del 95%. Se consideró resultados estadísticamente significativos a los valores de $P < 0.05$.

4.9 Aspectos éticos

- Para realizar esta investigación se brindó información detallada sobre el estudio a realizarse y se pidió autorización a los participantes por medio del consentimiento informado (Ver anexo III).
- En ningún momento se utilizaron los datos para otros propósitos que no sea el estipulado en este estudio, ni se dio ninguna remuneración a cambio de la información.
- No se tomaron nombres de los adultos mayores al momento de la publicación o de la presentación de los resultados, fueron manejados con estricta confidencialidad y solo se utilizó para esta investigación.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Descripción Sociodemográfica

Tabla 1. Distribución según la Edad de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
65 a 70 años	20	25,1
71 a 80 años	22	27,5
81 a 90 años	22	27,5
más de 90 años	16	20
Total	80	100

Fuente: Encuestas y formularios

Elaboración: Las Autoras

Análisis:

De la tabla observada, los adultos mayores de 71 a 80 años son del 27,5% y con un porcentaje similar son los adultos de 81 a 90 años. Los adultos mayores a 91 años son el grupo menos representativo con el 20%.

Tabla 2. Distribución según el Género de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	45	56,3
Masculino	35	43,8
Total	80	100,0

Fuente: Encuestas y formularios

Elaboración: Las Autoras

Análisis:

La tabla muestra que los adultos mayores de la casa de acogida según el género son en su mayoría mujeres con el 56,3% de representación.

Tabla 3. Distribución según el Estado civil de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	10	12,5
Soltero	34	42,5
Viudo	31	38,8
Divorciado	5	6,3
Total	80	100

Fuente: Encuestas y formularios

Elaboración: Las Autoras

Análisis:

En esta tabla se indica que los adultos mayores con mayor hospedaje en el asilo son solteros 42,5%, seguidos de viudos 38,8%, es decir que la mayoría de encuestados no cuentan con pareja.

Tabla 4. Distribución según la Residencia anterior de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	45	56,3
Urbano	35	43,8
Total	80	100

Fuente: Encuestas y formularios

Elaboración: Las Autoras

Análisis:

De acuerdo a los 80 adultos mayores encuestados, según el lugar donde residió los últimos 3 años, se encontró que la mayoría de personas que se alojan en el Centro Gerontológico “Cristo Rey” son del área rural (56,3%).

Tabla 5. Distribución según el Tiempo de institucionalización de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

Tiempo de institucionalización	Frecuencia	Porcentaje
< 1 año	20	25,0
1- 2 años	11	13,8
3- 5 años	19	23,8
6-10 años	19	23,8
>10 años	11	13,8
Total	80	100,0

Fuente: Encuestas y formularios

Elaboración: Las Autoras

Análisis:

Se estima que el 13.8% de las personas de la tercera edad encuestada, tienen un tiempo de institucionalización superior a los diez años, mientras que 20 adultos mayores llevan menos de un año (25%).

Tabla 6. Distribución según el Número de Visitas de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

Número de visitas	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	32	40,0
1 vez al mes	17	21,3
2 a 3 veces al mes	24	30,0
4 a 5 veces al mes	5	6,3
Más de 5 veces	2	2,5
Total	80	100

Fuente: Encuestas y formularios

Elaboración: Las Autoras

Análisis:

De acuerdo al número de visitas, el 40% indica no tener visita alguna por familiares, el 30% de adultos mayores manifestaron que sus familiares lo visitan de 2 a 3 veces al mes.

Tabla 7. Distribución según la Razón del Ingreso de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

Razón del Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Abandono	9	11,3
Indigencia	5	6,3
Por sus familiares	54	67,5
Voluntario	12	15
Total	80	100

Fuente: Encuestas y formularios

Elaboración: Las Autoras

Análisis:

La razón de ingreso a la casa de acogida el 67,5% de las personas de la tercera edad, aduce que fue por percepción de su familia.

5.2 Causas que influyen en el abandono

Tabla 8. Distribución según la Relación Familiar de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

Relación Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Buena	26	32,5
Mala	10	12,5
Regular	38	47,5
No responde	6	7,5
Total	80	100

Fuente: Encuestas y formularios

Elaboración: Las Autoras

Análisis:

En la tabla se observa que el 47,5% de los adultos mayores que hacen parte de este estudio, manifiestan tener una relación familiar regular, es decir que en varias ocasiones existían armonía dentro del hogar, sin embargo se podían presentar conflictos.

Tabla 9. Distribución según procedencia de Ingresos Económicos de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

Ingresos económicos	Frecuencia	Porcentaje
Bono	43	53,8
Jubilación	6	7,5
Ninguno	31	38,8
Total	80	100

Fuente: Encuestas y formularios

Elaboración: Las Autoras

Análisis:

De los 80 adultos mayores encuestados, el 61,3% manifestaron percibir un ingreso económico mensual. Se destaca que el 53,8% perciben remuneraciones mensuales provenientes del bono del desarrollo humano, el mismo que es asignado por el gobierno a los adultos mayores en riesgo de vulnerabilidad.

Tabla 10. Distribución según Tipo de enfermedad Crónica No Transmisible de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

Enfermedad Crónica No Transmisible	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus (DM)	17	21,3
Hipertensión (HTA)	27	33,8
Otros	1	1,3
DM e HTA	4	5,0
Artritis	4	5,0
Parkinson	1	1,3
Ninguno	26	32,5
Total	80	100

Fuente: Encuestas y formularios

Elaboración: Las Autoras

Análisis:

En general el padecimiento de alguna Enfermedad Crónica No Transmisible en los adultos mayores es evidente en el 66,3%. La presencia de hipertensos es del 33,8%, seguida de la Diabetes Mellitus 21,3%, la tercera edad es caracterizada por la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Existe un 32,5% de los Adultos Mayores que no presentan patología alguna.

Tabla 11. Distribución según el Tiempo desde el Deterioro de Salud de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

Tiempo de deterioro de la salud	Frecuencia	Porcentaje
Desde el ingreso	4	5,0
Hace 6 meses	22	27,5
Hace 1 año	14	17,5
Hace dos años	13	16,3
Más de 2 años	5	6,3
	22	27,5
Total	80	100,0

Fuente: Encuestas y formularios

Elaboración: Las Autoras

Análisis:

El 27,5% de los adultos mayores percibe que su salud se ha deteriorado desde 6 hace seis meses, seguidos del 17,5% que opinan desde hace un año. Anexando los resultados en tiempo de un año, el 50% de las personas de la tercera edad, perciben el deterioro de su salud en años o menos desde su ingreso.

5.3 Consecuencias psicológicas del abandono

Tabla 12. Distribución según la Valoración del Test de Hamilton de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

Valoración Test Hamilton	Frecuencia	Porcentaje
No ansiedad	25	31,3
Ansiedad leve	35	43,8
Ansiedad moderada	20	25,0
Total	80	100

Fuente: Encuestas y formularios

Elaboración: Las Autoras

Análisis:

En cuanto a la evaluación de la ansiedad, el 43,8% de los Adultos Mayores tienen ansiedad leve y el 25% ansiedad moderada. Asociando los porcentajes de ansiedad el 68,8% de los Adultos Mayores presentan ansiedad.

Tabla 13. Distribución según la Valoración del Índice de Yesavage de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

Valoración Depresión Yesavage	Frecuencia	Porcentaje
Normal	48	60
Depresión moderada	20	25
Depresión severa	12	15
Total	80	100

Fuente: Encuestas y formularios

Elaboración: Las Autoras

Análisis:

La valoración de la depresión, los índices son menores el 25% presenta depresión moderada y 15% depresión severa.

Tabla 14. Distribución según la relación del test de Yesavage y del abandono de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

		Depresión				Total	
		Si		No			
		n	%	n	%	n	%
Abandono	Si	18	38,3%	29	61,7%	47	100,0%
	No	14	42,4%	19	57,6%	33	100,0%
Total		32	40,0%	48	60,0%	80	100,0%
Chi-cuadrado de Pearson		0,138		/Gl 1		p= 0,711	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las autoras

Análisis:

Del total de la muestra estudiada (n=80), el 40% de los adultos mayores institucionalizados tienen depresión. Además, 47 personas de la tercera edad han sido abandonados, de los cuales el 38.3% presentan depresión. De igual manera, 33 adultos mayores no han sufrido abandono, sin embargo el 42.4% de ellas se encuentran en depresión.

Las pruebas estadísticas realizadas muestran que las dos variables no tienen una relación de dependencia estadísticamente significativa.

Tabla 15. Distribución según la Relación del test de Hamilton y del abandono de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

		Ansiedad				Total	
		Si		No			
		n	%	n	%	n	%
Abandono	Si	37	78,7%	10	21,3%	47	100,0%
	No	18	54,5%	15	45,5%	33	100,0%
	Total	55	68,8%	25	31,3%	80	100,0%
		Chi-cuadrado de Pearson 20,422 /Gl 1				p= 0,000	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las autoras

Análisis:

Del total de la muestra estudiada, el 68,8% tienen ansiedad. Se encontró que de las 47 personas abandonadas, el 78.7% tienen ansiedad, en tanto que de los 33 adultos mayores que no han sido abandonados, 54.5% sufren de ansiedad. De acuerdo a la literatura, la ansiedad se presenta con mayor frecuencia en los ancianos y puede ir asociada a la pérdida del rol protagónico ante la sociedad y familia. Recordemos también que la literatura encasilla a la familia como red social de apoyo que acrecienta la importancia y ayuda al adulto mayor en el proceso de envejecimiento.

La prueba estadísticas realizadas muestran que las dos variables tiene una relación de dependencia estadísticamente significativa.

Tabla 16. Distribución según la Relación entre la percepción de deterioro en la salud y el abandono de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

		Salud deteriorada después del ingreso				Total	
		Si		No			
Abandono		n	%	N	%	n	%
	Si	41	87,2%	6	12,8%	47	100,0%
	No	17	51,5%	16	48,5%	33	100,0%
Total		58	72,5%	22	27,5%	80	100,0%
Chi-cuadrado de Pearson		12,406 /Gl 1				p= 0,000	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las autoras

Análisis:

En esta tabla se observa que el 72,5% de los adultos mayores institucionalizados, perciben un deterioro en su salud desde el ingreso al centro geriátrico. El 87,2% de las personas de la tercera edad que han sido abandonados, manifiestan un decremento en su salud.

La prueba estadísticas realizadas muestran que las dos variables tiene una relación de dependencia estadísticamente significativa.

Tabla 17. Distribución según las diferentes variables estudiadas respecto a la dependencia del abandono de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

FACTORES ASOCIADOS	ABANDONO		OR	IC 95%	Valor p
	SI	NO			
GÉNERO					
Femenino	31(68,9%)	14(31,1%)	2,629	1,051-6,577	0,037
Masculino	16(45,7%)	19(54,3%)			
ENFERMEDAD CRÓNICA					
Si	32(60,4%)	21(39,6%)	1,219	0,477-3,113	0,679
No	15(55,6%)	12(44,4%)			
DEPENDENCIA					
Si	43(66,2%)	22(33,8%)	5,375	1,533-18,843	0,005
No	4(26,7%)	11(73,3%)			
EDAD					
≥ 76 años	28(60,9%)	18(39,1%)	1,228	0,500-3,019	0,654
≥60 y ≤ 75 años	19(55,9%)	15(44,1%)			
ESTADO CIVIL					
Casado-Unión libre	43(61,4%)	27(38,6%)	2,389	0,617-9,248	0,198
Soltero-Divorciado -Viudo	4(40,0%)	6(60,0%)			
RELACIÓN FAMILIAR					
Regular-Mala	37(68,5%)	17(31,5%)	3,482	1,311-9,248	0,011
Buena	10(38,5%)	16(61,5%)			
INGRESOS ECONÓMICOS					
Ningún ingreso	25(80,6%)	6(19,4%)	5,114	1,782-14,671	0,002
Bono-Jubilación	22(44,9%)	27(55,1%)			
PROCEDENCIA					
Rural	29(64,4%)	16(35,6%)	1,712	0,695-4,215	0,241

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las autoras

Análisis:

La variable Género obtuvo un valor $p = 0,037$, teniendo una puntuación de OR de 2,629 (IC_{95%}: 1,051-6,577), se concluyó así que las mujeres tienen 2.6 veces más

probabilidades de sufrir abandono, es decir que existe una relación de dependencia.

Se observó una relación estadísticamente significativa entre las variables de grado de dependencia y el abandono, valor $p=0,005$, teniendo un valor de OR 5,375 (IC 95%: 1,533-18,843), por tanto podemos concluir que una persona de la tercera edad que sea dependiente, tiene 5,375 veces más posibilidades de padecer abandono.

De igual manera, de acuerdo a los análisis estadísticos realizados se encontró que tener una relación familiar regular o mala, representa 3.482 veces más probabilidad de ser abandonado, con un $p\text{-valor}=0,011$, y un OR de 3,482 (IC 95%: 1,311-9,248). Se observó también que existe asociación de dependencia entre el abandono e ingresos económicos, $p\text{-valor}=0,002$ y un OR de 5,114 (IC 95%: 1,782-14,671). Cabe destacar que los análisis estadísticos señalan que no existe relación de dependencia entre el abandono y variables independientes tales como: el tener una enfermedad crónica no transmisible, edad, estado civil (contar o no con una pareja sentimental) y procedencia.

Tabla 18. Distribución según la relación de dependencia entre la depresión y el abandono de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

	Depresión		OR	IC- 95%	Valor p
	Si	No			
Abandono					
Si	18 38.3%	29 61.7%	0,842	0,340-2,086	0,711
No	14 42.4%	19 57,6%			

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las autoras

Análisis:

De las variables investigadas se analizaron la depresión y el abandono, determinando que la depresión con un valor $p = 0,711$ no se encuentra en una relación de dependencia.

Tabla 19. Distribución según la relación de dependencia entre la ansiedad y el abandono de los 80 Adultos Mayores del Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca – 2016.

	Ansiedad		OR	IC- 95%	Valor p
	Si	No			
Abandono					
Si	37 78.7%	10 21.3%	3,08	1,159-8,203	0,022
No	18 54.5%	15 45.5%	3		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Las autoras

Análisis:

De acuerdo al análisis estadístico se encontró que la ansiedad con un valor $p = 0,022$ y un OR de 3,083 (IC 95%: 1,159 – 8,203) tiene una asociación de dependencia, lo que significa que una persona abandonada, tiene 3 veces más posibilidades de presentar ansiedad.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

En nuestro país, no existen suficientes estudios a gran escala sobre la situación psicoemocional que atraviesa el adulto mayor al ser institucionalizado y abandonado por sus familiares. Se debe considerar que un adulto mayor que experimenta un cambio social y familiar, percibe de una u otra forma un trastorno psicoemocional, con cambios psicológicos y de afectividad tales como: La capacidad de adaptación a cambios sociales o ambientales se ve disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas. A nivel afectivo, el adulto mayor puede generar sentimientos de inutilidad o de impotencia ante determinadas situaciones de pérdida como la de familiares, cónyuge, trabajo, entre otros (14). Los fenómenos psicológicos atribuibles al envejecimiento, institucionalización y abandono deben tomarse en cuenta dentro de las instituciones geriátricas y deben ser evaluados de manera correcta por un equipo multidisciplinario para no confundirlas con patologías intercurrentes propias de la edad.

A continuación se detalla el perfil socioeconómico de los 80 adultos mayores institucionalizados en el centro gerontológico Cristo Rey: Los adultos mayores de 71 a 80 años son del 27,5% y con un porcentaje similar son los adultos de 81 a 90 años. El género con mayor representación es el femenino con el 56,3%. Se destaca que según el estado civil de los adultos mayores predomina la ausencia de conyugue (81,3%), el 42,5% son solteros y el 38,8% viudos, el 56,3% provienen del área rural. En cuanto al tiempo de permanencia que llevan institucionalizados los adultos mayores, se encontró que el 25% llevan menos de un año en el centro gerontológico, el 40% manifiesta no recibir visita alguna por parte de sus familiares, el 67,5% ingresó al centro gerontológico por iniciativa de sus familiares y un igual porcentaje aduce tener una relación familiar considerada entre regular a mala, el 61,2% (n=49) de adultos mayores perciben ingresos bajos, de ellos 43 adultos mayores reciben el bono de desarrollo humano y el resto de adultos una pensión jubilar. Estos ingresos económicos no satisfacen todas las necesidades de un adulto mayor, las enfermedades, comorbilidades y grado de dependencia que se

presentan con el pasar de los años, hace que el adulto mayor requiera de mayores insumos y recursos. El 67,5% de adultos mayores padecen algún tipo de enfermedad crónica no transmisible, de las que se destacan la hipertensión y diabetes.

Resultados similares del promedio de edad encontrados en nuestro estudio también fueron observados en; Hernández, Palacios y Cajas (2011) en Guatemala, sobre caracterización del adulto mayor con Síndrome de Abandono, determinaron que la población octogenaria (entre 80 y 89 años) pudiese ser la que presenta más abandono (24). Paucar (2014) en su estudio sobre el grado de depresión según la Escala de Yesavage en adultos mayores institucionalizados, tuvo como grupo etario de mayor representación (50%) el correspondiente a 75 a 90 años (46). En las investigaciones citadas observamos que hay una edad con tendencia determinada para sufrir abandono, ya que la mayoría se encuentran entre 71 y 90 años, esto puede deberse a que el grado de dependencia es mayor en este grupo etario (sensorial o motora), sumado a ello las comorbilidades propias de la edad.

El género con mayor representación en nuestro estudio fue el femenino (56,3%). En un estudio Pacheco (2016), evaluó la repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor, encontró que el género que predomina es el femenino con el 54% (47). Se observa que el género femenino es más vulnerable a la institucionalización, lo que se puede deber a que las mujeres están en desventaja social y son susceptibles a violencia doméstica y abuso, sobre todo en países en vías de desarrollo.

En cuanto al estado civil de los adultos mayores predomina la ausencia de conyugue (81,3%), el 42,5% son solteros y el 38,8% viudos. Una investigación realizada por Hernández, Palacios y Cajas (2011) al investigar los factores que influyen en el síndrome de abandono en Guatemala con 159 Adultos mayores, encontró que el estado civil no representa un factor de riesgo para presentar consecuencias psicológicas del abandono (24). No obstante, la investigación sobre Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia) de Borda (2013) estimó que el ser soltero tiene una asociación

significativa con la prevalencia de depresión en las personas de la tercera edad (28). Así, podemos aseverar que los sentimientos de abandono están relacionados al no contar con la ausencia de un conyugue, esto se explica porque el ser humano es un ser sociable; además, el adulto mayor afronta pérdidas durante su vejez como: el rol social, familiar y de seres queridos y por tanto es de importancia el disponer de un apoyo emocional para solucionar los problemas y la pérdida de roles que se presentan durante esta etapa.

La procedencia de los adultos mayores institucionalizados en nuestro estudio fue el 56,3% del área rural. Hernández, Palacios y Cajas (2011) al investigar los factores que influyen en el síndrome de abandono, no encontraron diferencias significativas en los resultados al evaluar adultos mayores provenientes de zonas urbanas o rurales (24). No se observa predominio del sentimiento de abandono en personas de la tercera edad de acuerdo a la procedencia.

En relación al tiempo de permanencia que llevan institucionalizados los adultos mayores, se encontró que el 25% llevan menos de un año y el 40% manifiesta no recibir visita alguna por parte de sus familiares en el centro gerontológico “Cristo Rey”. En tanto Silva y Vivar (2015) en su estudio de los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado en la fundación gerontológica “Plenitud” de la ciudad de Cuenca, estimó que el tiempo mínimo de residencia fue de 3 meses y el máximo de 36 meses (3 años); el grupo de mayor estancia en el establecimiento es el que ha permanecido por 24-36 meses con un 12,5%, seguido del grupo que ha tenido una estancia de 12 a 24 meses con el 12,5%. Así mismo, el 50% de adultos mayores tienen una estancia entre 6-12 meses en el establecimiento de larga estadía y por último los que tienen menos antigüedad en la residencia (1-6 meses) corresponden al 25%. En la misma investigación de Silva y Vivar, determinaron que para la mayoría de adultos mayores 62,5%, reciben visitas algunas ocasiones; por otra parte, pocos familiares o amigos lo visitan siempre, casi siempre y rara vez (12,5%), lo que hace que las personas de la tercera edad se sientan abandonados (37). Se puede considerar que las esporádicas o nulas visitas que reciben los adultos mayores en las investigaciones señaladas, pueden ser el producto de relaciones familiares deterioradas, problemas de

alcoholismo, afrontamiento inadecuado del rol de padres y por tanto no existe un vínculo de apego entre la familia y el adulto mayor.

Además, nuestro estudio arrojó que el 67,5% ingresó al centro gerontológico por iniciativa de sus familiares y un porcentaje similar aduce tener una relación familiar considerada entre regular a mala, el 61,2% (n=49). La relación familiar en el estudio de Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez y Sclavo (2011) denominado “Apoyo familiar en mayores institucionalizados” señalan que los adultos mayores de 70-74 años, son quienes muestran un menor grado de satisfacción hacia las relaciones familiares que mantienen desde la residencia (48). Así mismo, en el estudio de Pacheco (2016) indica que en cuanto al abandono del adulto mayor, se determinó que el 77% de los encuestados manifiesta que llegaron al Hogar San José por sus familiares y a causa de conflictos familiares un 63% (17). Por otra parte, Silva y Vivar (2015) encuentran que el 65,5% de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados fue por decisión familiar. Los motivos que los adultos mayores declararon para ingresar al centro gerontológico fueron no contar con un conyugue quién les haga compañía, los familiares no cuentan con posibilidades económicas y tiempo que requieren los adultos mayores, quedando como única solución la internación (37). Adicionalmente Moya (2015) en un estudio sobre la Influencia de las relaciones familiares con el sentimiento de abandono del adulto mayor institucionalizado del Centro Geriátrico Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Ambato, concluye que los adultos mayores institucionalizados manifiestan un tipo de relación familiar disarmónica con una totalidad del 89% lo que traduce a una dinámica familiar deteriorada donde se revela escasa atención, comunicación, afecto por parte de las familias hacia los adultos mayores (49). Se destaca que la decisión de la institucionalización del adulto mayor ha sido por iniciativa de su familia, razón que se puede justificar por los escasos recursos económicos, poca disposición de tiempo para la atención apropiada del adulto mayor y/o falta de apego familiar.

Al evaluar el sentimiento de abandono de los adultos mayores del centro geriátrico “Cristo Rey” se obtuvo como resultado que el 31% tienen un nivel alto, seguido del 25% medio y 22% muy alto. Lo que se traduce en una dinámica familiar negativa

que notablemente acarrea consecuencias perjudiciales en la vida emocional del adulto mayor. A continuación se citan estudios a nivel nacional sobre el abandono en el adulto mayor. Durán (2012), evaluó la percepción de los adultos mayores institucionalizados en la Fundación Comunidad Geriátrica “Jesús de Nazaret”, sobre su relación con la familia, encontrando que el 60% de los adultos mayores investigados se sienten abandonados por su familia (50). Además Robalino (2015), investigó en dos centros geriátricos (Asilo Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Ambato y al Asilo de Ancianos de Patate), la repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor institucionalizado, reporta que el 61% de la población se encuentra en condición de abandono, concluyen que el abandono predispone a un deterioro progresivo del estado mental y emocional de los adultos mayores (51). Por otra parte, Paucar y Quezada (2012) en su investigación sobre el abandono y su incidencia en el estado emocional del Adulto Mayor de la Casa Hogar Daniel Álvarez Sánchez, determinaron que el 70,6% de los Adultos Mayores institucionalizados, han sido abandonados (17). El abandono es un sentimiento producido por el rompimiento del vínculo y apego filial, lo que produce una institucionalización indefinida por no contar con el apoyo necesario para realizar una reinserción familiar.

Nuestro estudio, estima que el 61.2% de adultos mayores perciben ingresos bajos o menores a un salario mínimo vital ($n=49$), de ellos 43 personas reciben el bono de desarrollo humano y 6 una pensión jubilar. Estos ingresos económicos no satisfacen todas las necesidades de un adulto mayor, las enfermedades, comorbilidades y grado de dependencia que se presentan con el pasar de los años, hace que el adulto mayor requiera de mayores insumos y recursos. La investigación de Cevallos (2011) de acuerdo a la situación socioeconómica de los adultos mayores, ninguno se afilió al Seguro Social al llegar a la tercera edad; por tanto, no pudieron contar con pensión jubilar y solo el 20% tenía bono antes de su institucionalización (52). Por otra parte, Borda (2013) encontró que los ingresos del 53 % de las personas de la tercera edad, son menores de un salario mínimo legal vigente y en un 23 % están entre uno y dos salarios mínimos legales vigentes. Su fuente de ingresos es en un 38 % la familia y en un 30 % la pensión jubilar (28). Los ingresos económicos que perciben los adultos mayores, no satisfacen todas las

necesidades entre las que se encuentran las enfermedades, comorbilidades y grado de dependencia que se presentan con el pasar de los años, lo que hace que la persona de la tercera edad se convierta en una carga económica para su familia, lo que deriva en la institucionalización.

En cuanto a la salud que tienen los adultos mayores, se encontró que el 67,5% de adultos mayores padecen algún tipo de enfermedad crónica no transmisible, de las que se destacan la hipertensión y diabetes. El estudio de Durán (2012) determinó que el 32% de los adultos mayores padece de hipertensión arterial, el 13% sufre de diabetes, otro 13% presenta discapacidades físicas y hemiplejía, el 6% padece distrofia muscular que los mantiene postrados, otras enfermedades son la artritis reumatoide, trombosis y la esquizofrenia (50). De igual manera, los valores encontrados por Borda (2013) indican que el 70 % de los adultos estudiados presenta una comorbilidad, el 32 % hipertensión arterial, el 16 % diabetes mellitus y el 11% trastornos neurológicos y psiquiátricos y musculo esqueléticos (28). Se evidencia que un factor característico de las personas institucionalizadas es que la mayoría padecen enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes, hipertensión y problemas óseos; dichas patologías incrementan el grado de dependencia del adulto mayor y lo exponen a la institucionalización.

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

De acuerdo a la literatura, el Género femenino tiene 2.6 veces más probabilidades de sufrir abandono; es decir, existe una relación de dependencia, con un ($p=0,037$). Otra variable representativa fue el grado de dependencia y el abandono, con un ($p=0,005$). Y, por tanto, el tener un grado de dependencia predispone 5 veces más a padecer abandono.

De igual manera, la relación familiar regular o mala, representa 3 veces más probabilidad de ser abandonado, con un ($p=0,011$). Se observa también asociación de dependencia entre el abandono e ingresos económicos con un ($p=0,002$), y un OR de 5,114.

En esta investigación las variables: tener una enfermedad crónica no transmisible, edad, estado civil (contar o no con una pareja sentimental) y procedencia, no influyen significativamente para sufrir abandono. Además, se determinó que la ansiedad se asocia con el abandono del adulto mayor con ($p=0,000$), esto debido a que la ansiedad es un mecanismo de adaptación al medio en el que se encuentra el adulto mayor para afrontar la situación que se presenta. La ansiedad para el adulto mayor provoca la percepción que el centro geriátrico es un ambiente desconocido y de amenaza para él. En cuanto a la depresión y abandono, se estimó que no hay una relación significativa de dependencia.

Finalmente, las consecuencias del abandono al adulto mayor, en esta investigación, evidencia que el 78.7% tienen ansiedad. La relación entre el abandono y la ansiedad fue significativa con un ($p=0,000$), el 87,2% de los adultos mayores abandonados manifestó percibir el deterioro de su salud al ser institucionalizados ($p=0,000$). En el 40% de adultos mayores se observó depresión, no se encontró una relación significativa entre el abandono y la depresión. En este contexto, Cevallos (2011) en su estudio acerca de las consecuencias psíquicas del abandono familiar en los adultos mayores de la Institución Hogar de vida, determinó que al evaluar la presencia de ansiedad, los resultados fueron: ansiedad situacional (sólo se da en relación con situaciones u objetos concretos) en el 90% de los adultos mayores, fundamentalmente en las mujeres (50%); mientras que la ansiedad flotante (emoción ansiosa persistente y mantenida sin causa aparente pero que se pone de manifiesto ante diversos acontecimientos o sucesos) está en un 10% (52).

De igual manera, la investigación realizada por Estrada (2013) sobre los síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados, determinó que el hecho de tener ansiedad inciden en prevalencias más elevadas de síntomas de depresión moderada (54,9%) y severa (23,1%), en comparación con los adultos sin este riesgo de ansiedad (33). Adicionalmente, Silva y Vivar (2015) en Cuenca hicieron un estudio en la Fundación Gerontológica Plenitud, con el fin de determinar la presencia de depresión y su nivel de intensidad en el Adulto Mayor Institucionalizado, concluyen que el 50% de los adultos mayores presentan depresión; según del grado: depresión leve el 25%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12,5%; concluyen que son factores asociados: la pérdida de roles, estado de dependencia, falta de redes de apoyo emocional, esquemas disfuncionales y procesos de duelos no resueltos (37). Además, la investigación de Estrada (2013) realizada con 276 adultos mayores institucionalizados, evidencia que el 54.3% (n=150) de las personas de la tercera edad institucionalizadas encuestadas, no registran ningún grado de síntomas de depresión; el 37% (n=102) presentó síntomas depresivos moderados y el 8.7% (n=24) lo representan formas severas de depresión (33).

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

La prolongación de la expectativa de vida en nuestro país y la coexistencia de una sociedad cada vez más acelerada donde los individuos disponen de menos tiempo para dedicar a su familia, muchas veces influye en la institucionalización del adulto mayor y su posterior abandono. El panorama a futuro es quizás que continúe en aumento dicha institucionalización coexistiendo con el abandono; resultado de ello se espera la presencia de alteraciones psicoemocionales que deberán ser tomadas en cuenta ahora para diseñar planes y estrategias con el fin de afrontarlas y permitir



que la calidad de vida del adulto mayor se eleve dentro de los centros gerontológicos.

Los resultados evidencian en esta investigación, una realidad emocional que aún se encuentra imperceptible para los profesionales de los centros gerontológicos. Dicho personal gerontológico no cuentan con una preparación idónea para enfrentar y manejar cambios psicoemocionales en los adultos mayores. En este sentido, se considera prioritario que el equipo sanitario que labora en las instituciones geriátricas, reciba formación necesaria para evaluar de manera funcional y responder de forma adecuada ante crisis emocionales, pudiendo así ayudar a los adultos mayores a aceptar la nueva realidad que se plantea y encontrar estabilidad ante la institucionalización y el abandono familiar.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

- ❖ Más de la mitad de los adultos mayores tienen edades entre los 71 – 80 años fueron mujeres, provienen del área rural y son solteros.
- ❖ Se observó que el 13,8% de adultos mayores tienen un tiempo de institucionalización mayor a los 10 años.
- ❖ El 40% de adultos mayores institucionalizados manifiestan no tener visita alguna por familiares y el 30 % los visitan se dan con una frecuencia de 2 a 3 veces por mes.
- ❖ La ansiedad estuvo presente en el 68,8% siendo más frecuente la ansiedad leve.
- ❖ Se encontró asociación entre el abandono y la ansiedad.
- ❖ La depresión estuvo presente en el 40% de los adultos mayores.
- ❖ Los resultados evidencian una realidad emocional de los adultos mayores, que aún se encuentra imperceptible para el personal de los centros gerontológicos, puesto que no disponen de equipos profesionales multidisciplinarios que permitan sobrellevar los cambios psicoemocionales en los adultos mayores institucionalizados, así mismo consideramos que los profesionales de la salud, son un punto clave para el inicio en el cuidado y valoración emocional del adulto mayor, brindando entornos que acrecienten el bienestar emocional.

7.2 Recomendaciones

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

La realidad que vive el adulto mayor institucionalizado es imperceptible, los cambios y pérdida de roles que enfrenta el adulto mayor requiere una serie de estrategias y modelos de apoyo que afronten y resuelvan los estados psicoemocionales, en este contexto las instituciones y profesionales quienes brindan cuidados geriátricos deben ser las figuras principales quienes tomen cartas en el asunto del estado clínico psicoemocional del adulto mayor.

Se recomienda al Centro gerontológico “Cristo Rey” tener en cuenta los resultados de esta investigación, con el fin de identificar las posibles falencias y oportunidades de mejorar su servicio y por tanto la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados.

Se debe promover espacios educativos entre el personal de los Centros Gerontológicos y las familias de los adultos mayores, a fin de dar a conocer las necesidades psicoemocionales que tiene una persona durante esta etapa de la vida, debido a la pérdida de roles y desvinculación familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardona A. Doris, Segura C. Ángela M., Berbesí F. Dedsy Y., Agudelo M. María A. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 31 (1): 30-39. [En línea] 2013. [Citado el: 13 de Febrero de 2015.] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000100004&lng=en..
2. Ministerio de Salud Pública. Normas y protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. *Dirección de Normatización del SNS*. [En línea] Mayo de 2010. [Citado el: 14 de septiembre de 2015.] https://www.iess.gob.ec/documents/10162/.../Normas_y_protocolos.pdf.
3. Instituto Nacional de Estadística y censos. Salud, bienestar y envejecimiento. *Ecuador en cifras*. [En línea] 2009. [Citado el: 12 de junio de 2015.] http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf.
4. República de Ecuador. Constitución Política del Ecuador. *Artículo 36*. [En línea] 2008. [Citado el: 22 de marzo de 2015.] www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos. En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, 28% se siente desamparado. *INEC*. [En línea] 27 de Agosto de 2011. [Citado el: Junio de 15 de 2016.] http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-2229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es.
6. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. [En línea] Abril de 2016. [Citado el: 11 de junio de 2016.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>.
7. Sequeira Daza, Doris. La Soledad en las personas mayores: Factores protectores y de riesgo. Evidencias empíricas en Adultos Mayores chilenos. *Universidad de Granada*. [En línea] noviembre de 2011. [Citado el: junio de 15 de 2016.] hera.ugr.es/tesisugr/2075887x.pdf.

8. Delgado Mera, Jessica Johana. Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores; Centro del Buen Vivir MIES FEDHU-2012. *Universidad de Guayaquil*. [En línea] 2012. [Citado el: 3 de junio de 2016.] repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6456/2/TESIS_COMPLETA_JESSICA.pdf.
9. Organización Panamericana de la Salud-PAHO. Envejecimiento poblacional y la salud en las Américas. [En línea] 2011. [Citado el: 2 de junio de 2016.] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5434%3A2011-envejecimiento-poblacional-salud-americas&catid=2390%3Arho-themes&Itemid=2391&lang=es.
10. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de Igualdad para adultos mayores. *MIES*. [En línea] 2012. [Citado el: 12 de Diciembre de 2015.] http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf.
11. Bernardini Zambrini, D. et. al. *Geriatría desde el principio*. s.l. : Glosa, 2005.
12. Gastañaga Ugarte Mario, et. al. *Apuntes de Geriatría*. España : Club Universitario, 2010. 978-84-8454-736-5.
13. Organización Mundial de la Salud-OMS. Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública. [En línea] 15 de Marzo de 2012. [Citado el: 11 de junio de 2016.] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3A2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=es.
14. García Hernández, Misericordia y Martínez Séllares, Rosa. *Enfermería y envejecimiento*. España : Elsevier, 2012. 978-84-458-2117-6.
15. Toronjo A. Rodríguez C. . Influencia de los cambios del proceso de envejecimiento en la satisfacción de las necesidades del anciano. . [En línea] 2001. [Citado el: 12 de julio de 2015.] www.seegg.es/Documentos/libros/temas/Cap3.pdf.
16. Cornachione Larrinaga, María A. *Psicología del Desarrollo, aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Córdoba : Brujas, 2010. 978-987'591-125-3.
17. Paucar Paucar, Lilia Iralda y Quezada, Vanessa Verónica. El Abandono Familiar y su incidencia en el estado emocional del Adulto Mayor de la Casa Hogar Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja. *Universidad Nacional de Loja*. [En línea] Septiembre de 2012. [Citado el: 1 de abril de 2016.]

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4081/1/PAUCAR%20PAUCAR%20LILIA%20IRALDA.pdf>.

18. Cargua Pilco, Mario Patricio . “Estrategia I. E. C. para disminuir el síndrome de adaptación en el adulto mayor del Centro Gerontológico“Julia Mantilla de Corral” Penipe Chimborazo, Ecuador. mayo – octubre 2011”. *Escuela Superior Politécnica de Chimborazo*. [En línea] 2011. [Citado el: 4 de abril de 2016.] <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/2049/1/104T0012.pdf>.
19. Comisión Económica para America Latina y el Caribe . Boletín 10. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. *CEPAL*. [En línea] Noviembre de 2012. [Citado el: 10 de Diciembre de 2015.] http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36678/BoletinEnvejecimiento10_es.pdf?sequence=1.
20. Guerrero , Nancy y Yépez, María . Factores Asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Rev. Univ. Salud* 17 (1): 121-131. [En línea] 2015. [Citado el: 12 de Diciembre de 2015.] <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>.
21. Pan American Health Organization. Las personas mayores y los desastres. *Organización Panamericana de la Salud*. [En línea] 2012. [Citado el: 4 de Diciembre de 2015.] https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj-873j2dnJAhXE6yYKHeB9B2QQFgg0MAM&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fhq%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D17314%26Itemid%3D&usg=AFQjCNE.
22. Gonzalo Castro, Santiago. Adulto Mayor Frágil. *Universidad Iberoamericana de Ciencias y Tecnología*. [En línea] 2013. [Citado el: 1 de Diciembre de 2015.] <http://es.slideshare.net/gonzalocasstro/adulto-mayor-fragil-uibero2013>.
23. OSORIO CRUZ, G. *Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF Hidalgo*. Hidalgo : Universidad Autonoma del Estado de Hidalgo, 2007.
24. Hernández Gómez, Elmer Enrique , Palacios Rivera, Mariana Elena y Cajas Monroy, Julia María. Caracterización del Adulto Mayor con Síndrome de Abandono.

- Universidad de San Carlos de Guatemala*. [En línea] 2011. [Citado el: 28 de marzo de 2016.] http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8823.pdf.
25. Myers, David G. *Psicología*. Buenos Aires : Médica Panamericana, 2010. 84-7903-917-5.
26. Fuentes, Fabiola y Contreras, Elena. Factores relevantes que influyen en la alta prevalencia de la depresión en el adulto mayor . *Universidad Técnica de Babahoya* . [En línea] 2013. [Citado el: 4 de febrero de 2016.]
27. Aldana Olarte, Ricardo y Pedraza Marin, Jaime Alberto. Análisis de la depresión en el Adulto Mayor en la encuesta Nacional de demografía y salud 2010. *Universidad del Rosario*. [En línea] Mayo de 2012. [Citado el: 2 de junio de 2016.] <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3002/93206082-2012.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
28. Borda Pérez, Mariela, et al. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte* 29 (1): 64-73. [En línea] 2013. [Citado el: 6 de abril de 2016.] <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n1/v29n1a08.pdf>.
29. Cabezas Zabala, Gabriela. Eficacia del psicoballet aplicado como terapia grupal en la mejoría de la autonomía personal de los adultos mayores. *Universidad Central del Ecuador*. [En línea] 2013. [Citado el: 13 de Diciembre de 2015.] <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1152/1/T-UCE-0007-12.pdf>.
30. Guzmán Parra, Martha Isabel. Abandono del adulto mayor, derechos y política social. [En línea] 2010. [Citado el: 3 de Abril de 2016.] http://repository.uniminuto.edu:8080/jspui/bitstream/10656/892/1/TTS_GuzmanParraMarthaisabel_2010.pdf.
31. Ramírez Plaza Santiago Pedro, et.al. *Alteraciones Psíquicas en personas mayores*. España : Vértice, 2010. 978-84-92533-55-8.
32. Ania Palacio, et. al. *Ats Grupo B Administración Especial de la Generalitat Valenciana*. España : MAD-Eduforma, 2010. 84-665-6174-9.
33. Estrada, Alejandro et. al. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12 (1), 81-94. [En línea] 2013. [Citado el: 18 de junio de 2016.] <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a09>.

34. Hermida, Paula; Stefani, Dorina;. La jubilación como un factor de estrés psicosocial. Un análisis de los trabajos científicos de las últimas décadas. *Perspectivas de la Psicología*. Vol 8:101-107. [En línea] 2011. [Citado el: 2 de junio de 2016.] <http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/49/37>.
35. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. [En línea] 2014. [Citado el: 2 de junio de 2016.] http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf.
36. Bobes García, Julio, y otros, y otros. *Tecnico Auxiliar de Geriatria. Manual*. Sevilla : MAD-Eduforma, 2010. 84-665-3032-0.
37. Silva González, Marlene y Vivar Vásquez, Valeria. Factores asociados a la depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado. [En línea] 2015. [Citado el: 20 de junio de 2016.] <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21620/3/TESIS.pdf>.
38. Depresión en el mayor manejo y prevención. Guía práctica clínica en e mayor dede la atención primaria. [En línea] 2012. [Citado el: 2 de marzo de 2016.] <http://www.fbjosepaporte.org/docs/repositori/100114163853.pdf>.
39. Riquelme, Antonio. *Depresión en residencias geriátricas: un estudio empírico*. Murcia : Universidad de Murcia, 2011. 84-7684-875-7.
40. Crispín Correa , Marta Cecilia. Elaboración del Manual de Control de Activos Fijos para el Hogar de Ancianos “Cristo Rey” de la Ciudad de Cuenca, año 2010. *Universidad Técnica Particula de Loja*. [En línea] 2010. [Citado el: 2 de junio de 2016.] <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/1736/3/657X2036.pdf>.
41. Castillo, Yadira. La Diabetes Mellitus Tipos 2 y su relación en la ansiedad y depresión en los pacientes que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Universitario de Motupe. Abril –Octubre 2011. *Universidad Nacional de Loja*. [En línea] 2011. [Citado el: 18 de mayo de 2015.] <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6682/1/Castillo%20Orellana%20Yadira%20Cecibel%20.pdf>.
42. Solis Cedeño, Leonela Juliana. Niveles de ansiedad psíquica y somática presentes en los miembros del Servicio Aeropolicial (SAP) de Quito, cuando son requeridos a intervenir en eventos que impliquen riesgo para su integridad. *Universidad Central*

- del Ecuador*. [En línea] 2013. [Citado el: 12 de diciembre de 2015.] <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3673/1/T-UCE-0007-112.pdf>.
43. Takako Nakabayashi, Natalia. Nivel de independencia y autopercepción de salud en pacientes institucionalizados del Hospital Monoclínico de Geriatria Miguel Lanús, en la atención del adulto mayor en Posadas, Misiones, Argentina. *Instituto Universitario de Ciencias de la Salud*. [En línea] 20 de diciembre de 2013. [Citado el: 4 de abril de 2016.] <http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASHfd16.dir/TFI%20-%20NATALIA%20NAKABAYASHI%20-%20BARCELO%20SANTO%20TOME%20-%20%20FINAL.pdf>.
44. Gómez-Angulo, Carine y Campo-Arias, Adalberto . Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Pontificia Universidad Javeriana. Universitas Psychologica* 10(3): 735-743. [En línea] 3 de septiembre-diciembre de 2011. [Citado el: 5 de abril de 2016.] <http://www.redalyc.org/pdf/647/64722377008.pdf>.
45. I. Gómez-Feria Prieto y R. Jiménez García-Bóveda. Validación al español de la escala BASDEC (Escala Breve de Valoración de la Depresión Con Tarjetas) para la depresión en ancianos. *Psiquiatria* 11(1):1-4. [En línea] 2004. [Citado el: 3 de abril de 2016.] http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13060418&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=46&ty=122&accion=L&origen=zona de electura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=46v11n01a13060418pdf001.pdf.
46. Paucar Aguilar, Diana C. Grado de depresión según la Escala de Yesavage en los adultos mayores institucionalizados en el Hogar de Ancianos Esteban Quiroga de la ciudad de Machala. *Universidad Técnica de Machala*. [En línea] 2014. [Citado el: 28 de Julio de 2016.] <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/380>.
47. Pacheco Sánchez, Manuel Anibal. Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos Hogar San José de la ciudad de Cariamanga. *Universidad Nacional de Loja*. [En línea] 2016. [Citado el: 12 de julio de 2016.] <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/9878/1/TESIS%20MANUEL%20ANIBAL%20PACHECO%20SANCHEZ.pdf>.

48. Molero, M^a del Mar, y otros, y otros. Apoyo familiar en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education Vol. 1 (1): 31-43*. [En línea] 2011. [Citado el: 12 de junio de 2016.] https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj6k_vN6JnOAhXCMx4KHXnhAR4QFghUMAc&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3935992.pdf&usg=AFQjCNHWmyOEjID2LAtG-vqYFTj_OGCgLG&sig2=001R007Zt3.2174-8144.
49. Moya Solís, Adriana Maricela. Influencia de las relaciones familiares en el sentimiento de abandono del adulto mayor institucionalizado del Centro Geriátrico Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Ambato. *Universidad Técnica de Ambato*. [En línea] 2015. [Citado el: 23 de julio de 2016.] <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9318/1/Moya%20Sol%C3%ADs,%20Adriana%20Maricela.pdf>.
50. Durán Oleas, Jenny Catalina. Percepción de los adultos y las adultas mayores sobre su relación con la familia, el contexto social y el Estado. Fundación Comunidad Geriátrica “Jesús de Nazareth”, Cuenca, 2012”. *Universidad de Cuenca*. [En línea] 2012. [Citado el: 12 de julio de 2016.] <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/451/1/tesis.pdf>.
51. Robalino Quintana, Miguel Angel. Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor institucionalizado en los ansilo de anciano Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Ambato y el Asilo de ancianos de Patate. *Universidad Técnica de Ambato*. [En línea] enero de 2015. [Citado el: 3 de julio de 2016.] <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9255/1/Robalino%20Quintana,%20Miguel%20Angel.pdf>.
52. Cevallos Serrano, Gabriela Elizabeth . Consecuencias psíquicas del abandono familiar en los ancianos de la Institución Hogar de vida 1 (Patronato San José). *Universidad Politécnica Salesiana*. [En línea] 2011. [Citado el: 27 de Julio de 2016.] <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1975/1/UPS-QT00227.pdf>.



ANEXOS

Anexo I. Formulario de recolección de datos

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA



**CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR
DEL CENTRO GERONTOLÓGICO CRISTO REY, CUENCA-2016**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Formulario # _____

Fecha: _____

Datos Generales del entrevistado.

1. **Género:** Masculino _____ Femenino _____

2. **Edad:** _____ años

3. **Estado Civil:**

1. Casado ☐

2. Soltero ☐

3. Divorciado ☐

4. Viudo ☐

4. **Residencia anterior:** 1. Rural ☐ 2. Urbano ☐

5. **Causas del abandono.**

Tiempo de permanencia en el centro: _____ meses

Número de visitas que recibe por mes

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐

Razón por la cual ingreso al centro geriátrico:

1. Abandono ☐ 2. Indigencia ☐

3. Por sus familiares ☐ 4. Voluntario ☐



6. Porque le dejaron en el Centro geriátrico

- 1) Como fue su relacion familiar: Buena ☐ Mala ☐ Regular ☐
NS/NR ☐
- 2) Tiene ingresos económicos propios: SI ☐ NO ☐

Si su respuesta fue SI indique cual _____

7. Estado de salud: 1. Buena ☐ 2. Regular ☐ Mala ☐

- 1) ¿Tiene alguna enfermedad Crónica no transmisible?

SI ☐ NO ☐

2) Si su respuesta fue SI, indique cual: _____

8. ¿Usted ha percibido que desde su ingreso su salud se ha deteriorado?

No ____ Si ____

9. Desde hace que tiempo su salud se ha deteriorado?

Desde el ingreso _____

Hace 6 meses _____

Hace 1 años _____

Hace dos años _____

10. Usted tiene sentimientos de:

Abandono Que no puede hacer nada

SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO ☐

Quiere vivir

SI ☐ NO ☐

11. CONSECUENCIAS DEL ABANDONO

Trastornos psicológicos;

Ansiedad SI ☐ NO ☐

Depresión SI ☐ NO ☐

Anexo II. Test de Hamilton, Escala de Yesavage y Índice de Barthel

Escala de Hamilton-Ansiedad			Puntaje
1. Ansiedad	Condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.		
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	Expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej.: puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2. Tensión	Incluye: incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.		
	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3. Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales (espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o tren). El paciente siente alivio evitando esas situaciones, note en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	
4. Insomnio	Experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	



	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej.: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	Hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5. Dificultades en la concentración y la memoria		Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.	
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse: memoria o toma de decisiones. Ej.: tiene dificultad para leer el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6. Animo deprimido		Comunicación verbal y no verbal: tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.	
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej.: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7. Síntomas somáticos generales (musculares)		Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej.: dolor mandibular o del cuello.	
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	



	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)		Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.	
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9. Síntomas cardiovasculares		Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.	
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10. Síntomas respiratorios		Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..	
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11. Síntomas gastrointestinales		Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.	
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	

	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
12. Síntomas genito urinarios	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13. Síntomas autonómicos	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14. Conducta durante la entrevista	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, pálido, hiperventilando o transpirando		
	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

Interpretación

- 0 – 5 No ansiedad
- 6-14 Ansiedad menor
- 14 o más Ansiedad mayor

Escala de Yesavage- Depresión

1-	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	Sí	No
2-	¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	Sí	No
3-	¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4-	¿Se siente a menudo aburrido?	Sí	No
5-	¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6-	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	Sí	No
7-	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8-	¿Se siente a menudo sin esperanza?	Sí	No
9-	¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	Sí	No
10-	¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	Sí	No
11-	¿Cree que es maravilloso estar vivo?	Sí	No
12-	¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	Sí	No
13-	¿Piensa que su situación es desesperada?	Sí	No
14-	¿Se siente lleno de energía?	Sí	No
15-	¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Sí	No

Interpretación

- 0 - 5 : Normal
- 6 - 10 : Depresión moderada
- + 10 : Depresión severa

Índice de Barthel

Comer			Puntaje
10	Independiente	Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
5	No necesita ayuda	Para cortar la carne, extender la mantequilla.. pero es capaz de comer sólo/a	
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavarse bañarse			
5	Independiente	Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
0	Dependiente	Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestirse			
10	Independiente	Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
5	Necesita ayuda	Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
0	Dependiente	Necesita ayuda para las mismas	
Arreglarse			
5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda	
Deposición			
10	Continente	No presenta episodios de incontinencia	
5	Accidente ocasional.	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
0	Incontinente.	Más de un episodio semanal	
Micción			
10	Continente.	No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo/a (botella, sonda, orinal).	
5	Accidente ocasional.	Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
0	Incontinente.	Más de un episodio en 24 horas	

Ir al retrete			
10	Independiente	Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
5	Necesita ayuda.	Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.	
0	Dependiente.	Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)			
15	Independiente.	No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
10	Mínima ayuda.	Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
5	Gran ayuda.	Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
0	Dependiente.	Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulaci3n			
15	Independiente.	Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.	
10	Necesita ayuda.	Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
5	Independiente en silla de ruedas	No requiere ayuda ni supervisi3n	
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	
Subir y bajar escaleras			
10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona	
5	Necesita ayuda.	Supervisi3n física o verbal	
0	Dependiente.	Es incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)	

Interpretaci3n

- 0-20: dependencia total
- 21-60: dependencia severa
- 61-90: dependencia moderada
- 91-99: dependencia escasa
- 100 :independencia



Anexo III. Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**



**CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR
DEL CENTRO GERONTOLÓGICO CRISTO REY, CUENCA-2016**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr usuario/a: Nosotras, Martha Sofía Belesaca Zhunio y Andrea Viviana Buele Calderón, egresadas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, estamos realizando la tesis previa a la obtención del título de licenciada en Enfermería con el tema “Causas y Consecuencias en el abandono del Adulto Mayor en el Centro Gerontológico “Cristo Rey”, Cuenca, - 2016, la cual tiene como objetivo conocer e identificar las causas y consecuencias que desencadenan al abandono del adulto mayor, mediante la aplicación de una encuesta y las escalas: Hamilton, Yesavage, Barthel.

Los resultados que se obtengan serán utilizados de manera ética y confidencial por lo que no representa ningún riesgo para Ud. además no representa ningún costo ni recibirá compensación económica por su participación. Ud. tiene derecho a negar su participación o retirarse del estudio en cualquier momento.

Yo.....con # de cedula..... He leído y he comprendido la información acerca del estudio y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

- Entiendo que la información no será divulgada.
- Entiendo que esta información será para la obtención del título de grado.
- Entiendo que no habrá costo para mí, ni para usted.
- Acepto participar voluntariamente en este estudio de investigación.

NOMBRE

Nº CEDULA

FIRMA