



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y**

**COMUNITARIA**

Factores asociados al abandono del adulto mayor en diferentes Etnias de la parroquia San Roque, Cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura.

Septiembre a Diciembre del 2016.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Dr. OSWALDO ALCIDES MORETA SANAFRIA

Dra. NYDIA JANETH ROBALINO MENDEZ

Director: Dr. GALO NUÑEZ, Especialista en Medicina Familiar

Director Metodológico: Lic. MSc. SANDRA MOYA HERRERA

2016

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, el gran arquitecto del universo, que nos dios aliento y vida para luchar cada uno de los días que transcurrió nuestra carrera.

A nuestros esposos, hijos, padres y hermanos que gracias a su comprensión paciencia y apoyo fueron el pilar que sustento nuestra carrera durante estos tres años de preparación.

A nuestro tutor Dr. Galo Núñez, por toda su dedicación y ayuda en la realización de este proyecto, a más de sus tutorías de campo que fueron de gran valía.

A nuestra querida tutora metodológica Lic. Msc. Sandra Moya Herrera por guiarnos en el proceso de desarrollo y darnos la oportunidad de demostrar nuestras capacidades.

A todos y cada uno de nuestros tutores que nos brindaron sus conocimientos y compartieron parte de su vida tanto en las aulas como fuera de ellas.

A nuestros queridos amigos y compañeros que fueron hermanos de lucha durante este proceso, siendo nuestros confidentes, apoyo y soporte para alcanzar nuestra meta.

Oswaldo y Nydia

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a todos los/as adultos/as mayores que permitieron e hicieron posible esta investigación.

Dedicamos también este trabajo a las personas que siempre estuvieron allí, impulsándonos en todo momento de alguna u otra manera para poder alcanzar nuestras metas.

A todos/as ellos/as más que un gracias un Dios les pague.

Oswaldo y Nydia

## Tabla de Contenidos

Lista de Tablas.....	1
Lista de Figuras.....	3
RESUMEN.....	5
Capitulo I.- INTRODUCCIÓN.....	9
Capitulo II.- REVISION BIBLIOGRAFICA.....	13
1.- ANTECEDENTES DE LOS ADULTOS MAYORES.....	13
1.1.- Periodo Primitivo.....	13
1.2.- En el mundo griego.....	13
1.3.- El adulto mayor en la edad moderna.....	14
1.4.- Como mira la comunidad indígena a sus ancianos.....	15
1.5.- Esperanza de vida.....	17
2.- EPIDEMIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO.....	18
2.1.- Transición epidemiológica.....	19
2.2.- Duración máxima de vida comprobada.....	20
3.- CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS DEL ADULTO MAYOR.....	22
3.1.- Aspecto externo.....	23
3.2.- Sistema musculo esquelético.....	27
3.3.- Sistema nervioso.....	29
3.4.- Sistema respiratorio.....	31
3.5.- Sistema cardiovascular.....	33
3.6.- Sistema digestivo.....	34
3.7.- Sistema genitourinario.....	35

3.8.- Órganos de los sentidos.....	37
4.- FACTORES DE RIESGO INFLUYENTES EN EL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR.....	39
4.1.- Factores de riesgo individual.....	39
4.2.- Factores de riesgo familiar.....	41
4.3.- Factores de riesgo social.....	42
5.- FACTORES DETERMINANTES Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR.....	51
5.1.- Elementos que causan el abandono en el adulto mayor.....	51
5.2.- Consecuencias del abandono familiar.....	52
6.- POLITICAS PÚBLICAS DISEÑADAS PARA LA POBLACION ADULTA MAYOR EN EL ECUADOR.....	53
7.- OPCIONES DE ACOGIDA EN LA PROVINCIA DE IMBABURA.....	55
Capitulo III.- METODOLOGIA.....	57
Capitulo IV.- RESULTADOS.....	64
Capitulo V.- DISCUSION.....	97
Capítulo VI.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	99
BIBLIOGRAFIA.....	103
APENDICE.....	106

## **LISTA DE TABLAS**

Tabla No.1.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según edad. Septiembre-Noviembre 2016.

Tabla No.2.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según sexo. Septiembre-Noviembre 2016.

Tabla No.3.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según auto identificación étnica. Septiembre-Noviembre 2016.

Tabla No.4.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según estado civil. Septiembre-Noviembre 2016.

Tabla No.5.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según tipo de ocupación. Septiembre-Noviembre 2016.

Tabla No.6.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque que tienen familiares migrantes. Septiembre-Noviembre 2016.

Tabla No.7.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según funcionalidad familiar. Septiembre-Noviembre 2016.

Tabla No.8.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según dependencia individual. Septiembre-Noviembre 2016.

Tabla No.9.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según presencia o ausencia de riesgo social. Septiembre-Noviembre 2016.

Tabla No.10.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según el grado de cansancio del cuidador. Septiembre-Noviembre 2016.

Tabla No.11.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según presencia de abandono. Septiembre-Noviembre 2016.

Tabla No.12.- Análisis bivariado entre edad y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Tabla No.13.- Análisis bivariado entre sexo y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Tabla No.14.- Análisis bivariado entre auto identificación étnica y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Tabla No.15.- Análisis bivariado entre estado civil y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Tabla No.16.- Análisis bivariado entre tipo de ocupación y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Tabla No.17.- Análisis bivariado entre adultos mayores con familiares migrantes y abandono. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Tabla No.18.- Análisis bivariado entre funcionalidad familiar y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Tabla No.19.- Análisis bivariado entre grado de dependencia individual y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Tabla No.20.- Análisis bivariado entre presencia o ausencia de riesgo social y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Tabla No.21.- Análisis bivariado entre grado de cansancio del cuidador y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

## **TABLA DE GRAFICOS**

Gráfico No.1.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según edad. Septiembre-Noviembre 2016.

Gráfico No.2.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según sexo. Septiembre-Noviembre 2016.

Gráfico No.3.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según auto identificación étnica Septiembre-Noviembre 2016.

Gráfico No.4.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según estado civil. Septiembre-Noviembre 2016.

Gráfico No.5.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según tipo de ocupación. Septiembre-Noviembre 2016.

Gráfico No.6.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque que tienen familiares migrantes. Septiembre-Noviembre 2016.

Gráfico No.7.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según funcionalidad familiar. Septiembre-Noviembre 2016.

Gráfico No.8.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según dependencia individual. Septiembre-Noviembre 2016.

Gráfico No.9.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según presencia o ausencia de riesgo social. Septiembre-Noviembre 2016.

Gráfico No.10.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según el grado de cansancio del cuidador. Septiembre-Noviembre 2016.

Gráfico No.11.- Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según presencia de abandono. Septiembre-Noviembre 2016.

Gráfico No.12.- Análisis bivariado entre edad y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Gráfico No.13.- Análisis bivariado entre sexo y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Gráfico No.14.- Análisis bivariado entre auto identificación étnica y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Gráfico No.15.- Análisis bivariado entre estado civil y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Gráfico No.16.- Análisis bivariado entre tipo de ocupación y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Gráfico No.17.- Análisis bivariado entre adultos mayores con familiares migrantes y abandono. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Gráfico No.18.- Análisis bivariado entre funcionalidad familiar y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Gráfico No.19.- Análisis bivariado entre grado de dependencia individual y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Gráfico No.20.- Análisis bivariado entre presencia o ausencia de riesgo social y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

Gráfico No.21.- Análisis bivariado entre grado de cansancio del cuidador y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

## RESUMEN

El principal objetivo de esta investigación fue definir los factores asociados al abandono del adulto mayor en diferentes Etnias de la Parroquia San Roque, Cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura. Septiembre a Diciembre 2016. Se utilizó un diseño metodológico analítico de corte transversal aproximando la etiología del abandono del adulto mayor en el período estudiado. La muestra fue de 384 participantes que fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple. Se investigó variables sociodemográficas, funcionalidad familiar, funcionalidad del adulto mayor, riesgo social, esfuerzo del cuidador y maltrato. Se revisó las historias clínicas obteniendo datos de identificación de quienes se encuentran en abandono y otros factores que hayan sido detectados con anterioridad al estudio. Se usó como instrumento una encuesta basada en las escalas de valoración funcional y social que caracterizó a cada participante. Se empleó estadística descriptiva e inferencial con software SPSS 23 describiendo la distribución de las variables y la fuerza de asociación entre ellas a través del chi cuadrado, el valor de p y el odds ratio. Los principales resultados fueron que los factores directamente asociados al abandono del adulto mayor son que este se auto identifique dentro de la etnia mestiza con un valor de p de 0.04, el estado civil casado y divorciado con un valor de p de 0.0097, el tipo de ocupación no remunerada con un valor de p de 0.002, la migración de un familiar con un valor de p de 0.0000003, la disfunción familiar de cualquier grado con un valor

de p de 0.0001, la dependencia del adulto mayor con un valor de p de 0.00002 y el esfuerzo del cuidador con un valor de p de 0.00009. Con los resultados obtenidos es pertinente realizar la evaluación geriátrica integral e identificar el maltrato como factor de riesgo y abandono del adulto mayor.

**PALABRAS CLAVES:** Abandono, Adulto Mayor, Funcionalidad del adulto mayor, Funcionalidad familiar, Riesgo social, Maltrato, Negligencia.

## **ABSTRACT**

The main objective of this research was to define the factors associated with the abandonment of older adults in different ethnic groups of San Roque Parish, Canton Antonio Ante, Imbabura Province. Septiembre to December 2016. A cross-sectional analytical methodological design was used, approximating the etiology of the abandonment of the older adult in the studied period. The sample consisted of 384 participants who were selected by simple random sampling. Sociodemographic variables, family functionality, older adult functioning, social risk, caregiver effort and abuse were investigated. Clinical records were obtained by obtaining identification data from those who were abandoned and other factors that had been detected prior to the study. A survey was used as a tool based on the functional and social assessment scales that characterized each participant. Descriptive and inferential statistics were used with SPSS software 15 describing the distribution of variables and the strength of association among them through chi square, p value and odds ratio. The main results were that the factors directly associated with the abandonment of the older adult are that they identify themselves within the mestizo ethnic group with a p value of 0.04, married and divorced civil status with a p value of 0.0097, the type of Unpaid occupancy with a p-value of 0.002, migration of a relative with a p-value of 0.0000003, familial dysfunction of any degree with a p-value of 0.0001, the dependence of the

older adult with a p-value of 0.00002 And the caregiver effort with a p-value of 0.00009. With the results obtained it is pertinent to carry out the integral geriatric evaluation and to identify the mistreatment as irrigation factor and abandonment of the older adult.

**KEY WORDS:** Abandonment, Elderly, Elderly Functionality, Family Functionality, Social Risk, Maltreatment, Neglect.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCION**

A nivel nacional, una preocupación latente desde el punto de vista social, es el abandono en el que viven las personas adultas mayores. En la Parroquia de San Roque se ha identificado este abandono gracias al trabajo realizado como médicos residentes del Centro de Salud San Roque. Se han constatado diferentes casos de esta problemática mediante diferentes actividades extramurales realizadas en la comunidad. Otra fuente de información ha sido el Análisis de la Situación Integral de Salud – ASIS a través del cual se identificaron algunas personas adultas mayores en situación de abandono que pertenecen a la parroquia San Roque.

Estos primeros hallazgos motivaron la necesidad de profundizar en la investigación de esta problemática procurando determinar las causas que influyen en esta condición de abandono y las repercusiones en la calidad de vida de este grupo de pacientes, caracterizando los grupos étnicos que presentan mayor número de casos de abandono, reconociendo prácticas familiares que predispongan a esta tendencia y estableciendo diferencias entre la etnia indígena (Kwichas otavalos o cayambis) y la etnia mestiza.

Los casos de maltrato y abandono a los adultos mayores son poco visibles y por lo general, cuando se reconocen, su atención carece de un enfoque de derechos. Cuando son visibles, existen limitaciones para la aplicación de mecanismos que identifiquen la responsabilidad en el abondo, promuevan la protección de las personas adultas mayores y faciliten la aplicación de las políticas públicas existentes en la Constitución

de la República (Montecristi 2008, arts. 32, 35, 36, 71, 83 y 341) elaboradas para el beneficio y mejora de su calidad de vida.

El Postgrado en Medicina Familiar, ha permitido adquirir un conjunto de conocimientos que deben ser aplicados en una realidad concreta, donde la planificación, la organización, la ejecución y el control, sean utilizados para diseñar herramientas que faciliten la participación interinstitucional e intersectorial en beneficio de la integración de la población adulta mayor a la productividad de la parroquia, recuperando el aporte de su experiencia, su sabiduría y manteniendo su autonomía para el desarrollo de una vida óptima.

El abuso en el adulto mayor se ha generalizado principalmente en el ámbito familiar y puede definirse como violencia intrafamiliar; se trata de un acto de omisión único o repetitivo que consiste en el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono cometido por un miembro de la familia; esta violencia, se puede dar en relación con el poder del que ejecuta la violencia o bien en función de: sexo, edad o condición física.

Otra forma de violencia, es la negligencia, abuso o abandono, el cual se define como el acto injustificado de desamparo hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de la disposición legal y que ponen en peligro la salud o la vida.

Por tanto la pregunta de investigación propuesta fue de ¿cuáles son los factores biopsicosociales y las características familiares asociados al abandono de las personas adultas mayores de la parroquia de San Roque, cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura?

Se planteó como objetivo general el establecer las causas que generan abandono en las personas adultas mayores de diferentes grupos étnicos de la parroquia San Roque identificando los efectos que éste genera, contribuyendo con herramientas de detección temprana para que los equipos de salud el primer nivel desarrollen acciones preventivas que atiendan esta problemática.

Mientras que los objetivos específicos fueron:

- 1.- Identificar socio demográficamente a las personas adultas mayores que viven en abandono.
- 2.- Definir los factores de riesgo más importantes que conllevan al abandono de las personas adultas mayores
- 3.- Determinar en qué grupo étnico se presenta mayor número de casos de abandono a personas adultas mayores.
- 4.- Detallar una herramienta de detección temprana relacionada al abandono de las personas adultas mayores, para el personal de primer nivel de atención.

Los datos fueron obtenidos a través de una encuesta que fue aplicada a las personas adultas mayores y a sus cuidadores mediante visitas domiciliarias. Estas herramientas se aplicaron durante los meses de septiembre a noviembre del 2016, a todas las personas adultas mayores de las distintas etnias, del casco urbano y de las comunidades rurales de la parroquia San Roque. Los datos fueron valorados según la interpretación de las escalas que constan en cada uno de los instrumentos. Se contó con la colaboración de los Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS), quienes nos orientaron solo en la dirección y ubicación de las personas adultas mayores, pero que no tuvieron acceso a la información obtenida.

El análisis de la información partió de la caracterización sociodemográfica de las personas adultas mayores y de las siguientes escalas: el APGAR familiar, la escala de Barthel, la escala de Lawton y Brody, la escala de Pfiffer, la escala de Guijón, la escala de esfuerzo del cuidador, la escala de maltrato de Giraldo Rodríguez.

Para el análisis de los datos recopilados se aplicó la estadística inferencial, que permitió relacionar los factores de riesgo y el abandono del adulto mayor. Para la comprobación de hipótesis se aplicó la prueba del chi cuadrado, dando como resultado un valor de  $p$  menor a 0,05 en las variables de estudio que evidencia una alta fuerza de asociación.

El programa utilizado fue el software SPSS versión 23 que permitió obtener tablas de frecuencias en diferentes formatos para procesar la información recopilada.

Las variables correlacionadas fueron las sociodemográficas, la funcionalidad familiar, la funcionalidad del adulto(a) mayor, el riesgo social y el esfuerzo del cuidador. La hipótesis de investigación propuso que la disfunción familiar, el riesgo social, la funcionalidad del adulto mayor, el nivel elevado de esfuerzo realizado por el cuidador y el maltrato son las principales causales de abandono del adulto mayor en la parroquia de San Roque, cantón Antonio Ante, provincia de Imbabura, con un predominio en la etnia mestiza de la población.

## **CAPITULO II**

### **REVISION BIBLIOGRAFICA**

#### **1.-ANTECEDENTES DE LOS ADULTOS MAYORES**

##### **1.1 PERIODO PRIMITIVO**

En la prehistoria los Adultos Mayores no dejaron, de ser pensadores, sin embargo, con cierta seguridad los ancianos que eran lúcidos y fuertes. Muchos de ellos se constituían verdaderos intermediarios entre el presente y más allá, no es de extrañar a los shamanes y los brujos eran los ancianos. Por otro lado, ejercía un rol muy importante en aquella época las labores de la sanción, como jueces y de los educadores. En aquella época los Adultos Mayores que ejercían las funciones importantes dentro de la sociedad como denominadores ancianos, es decir, ajenos de la edad. En la sociedad primitiva, alcanzar al Adulto Mayor tenía un significado y aprecio privilegiado, y la hazaña que muy pocos podía llegar y lograr con la ayuda de los dioses, la longevidad equivalía a una recompensa divina dispensada a los justos. ( Minois, 2000)

##### **1.2.- EN EL MUNDO GRIEGO**

Existieron sin número de Leyes como el respeto al Adulto Mayor, lamentablemente no eran muy acatadas, por ende, la vejez fue considerando en sí mismo un tara. Platón relacionaba la vejez feliz a la virtud, cuando dice: “pero aquel que nada tiene que reprocharse abriga siempre una dulce esperanza, bienhechora, nodriza a la vejez”. (Platón, 1971) En la época de los filósofos ser el Adulto Mayor era un privilegio, gozaba de un prestigio, de gran respeto frente a la sociedad que rodeaba, pasaron los tiempo esto fue declinando poco a poco. En el siglo VIII a.C. la autoridad paterna fue

declinando, favoreciendo a la independencia de los hijos. En la literatura griega, la posición de los Adultos Mayores, se considera como desmedrada, Minois G. dice: “Vejez maldita y poética de la tragedia, vejez ridícula y repulsiva de la comedias; vejez contradictoria y ambigua de los filósofos.” (Minois, 2000)

Si habría la posibilidad de comprar la juventud los ricos no experimentarían, la vejez no tiene límite no ve la clase social y la cultura ni la religión, todos los seres humanos estamos destinados a la vejez, y despedir de este maravilloso planeta tierra que nadie quiere dejar.

### **1.3.- EL ADULTO MAYOR EN LA EDAD MODERNA**

Aparece en la escena social, un estamento de funcionarios que constituye un verdadero conglomerado y que algunos han denominado el sector terciario, a diferencia del primario de los campesinos y artesanos y los secundarios referidos a los obreros surgidos de la revolución industrial. El Estado Moderno es impersonal, reglamentado y el poder se hace representativo, delegación del pueblo. Georges Duby dice: “Se entiende que, en este sistema, surja la progresiva despersonalización y el creciente predominio de las funciones de la nueva organización. En la actualidad, un hito muy significativo en la biografía de todo ciudadano que labora, dentro de la estructura económica del Estado es la jubilación.” En la actualidad la revolución de las industrias y que el capitalismo haya surgido es sumamente trágico para los Adultos Mayores, ya que en cualquier empresa para realizar alguna labor se escoge a las personas jóvenes, mientras que la ancianidad es discriminada en el campo laboral. En cambio en otras empresas donde las personas han laborado toda su vida, se han acogido al estado de la

jubilación, aunque en la actualidad muy pocos de los Adultos Mayores gozan de la misma. (VILLAR, 2005)

#### **1.4.- COMO MIRA LA COMUNIDAD INDÍGENA A SUS ANCIANOS**

Una abuela, un abuelo en la comunidad indígena de México, es un ser apreciado, valorado y respetado dentro y fuera de la comunidad, sobre todo es una persona activa en la vida comunitaria y en la toma de decisiones de la vida sociocultural, porque son los portadores de los conocimientos de su territorio, desde la administración de su territorio hasta los conocimientos más profundos del ser Mexicanero, Kumiai, Wixarika, Nayeri, Od'am. Una abuela o abuelo es sinónimo de sabiduría, de respeto y de integración, es decir, un anciano indígena vive su vejez entregado a transmitir su conocimiento acumulado a las generaciones que van a tomar cargos civiles y ceremoniales, por lo tanto su tarea principal es escuchar para orientar a los miembros de la comunidad sobre los factores antropogénicos que pueden poner en riesgo a la comunidad misma.

La vejez en una comunidad indígena, se concibe de alto prestigio, por ejemplo, entre los Mexicaneros, tribu del estado de Durango, los responsables de realizar las ceremonias agrícolas son los ancianos; que mediante la práctica de sus rituales ordenan el cosmos y sostienen al mundo para pedir vida para la comunidad, para pedir la abundancia de lluvia, el crecimiento del maíz, frijol y la calabaza. Este tipo de conocimientos se adquiere con la participación comunitaria de toda la vida; conocer la costumbre; como ellos se refieren a esta práctica comunal, es motivo de una vida con infinidad de preparativos y detalles en el mundo terrenal y sobrenatural.

Los cargos civiles y religiosos comunitarios de alto rango se otorgan a las personas ancianas porque son consideradas con conocimiento del entorno y, sobre todo, porque siempre velarán por los intereses comunitarios. Un anciano del pueblo indígena Nayeri (cora) puede ser parte del gobierno tradicional, que se conforma con varios ancianos de la comunidad o puede ser un cantor especializado para los festejos de la semana santa, y otras festividades; un anciano Nayeri, puede ser el representante de los bienes comunales, responsable de administrar el territorio, es quien define por medio de sus sueños la programación y ejecución de las ceremonias comunales, peregrinaciones y los cargos civiles y religiosos.

En el caso de los Ñuu Savi (mixtecos) de la costa del estado de Oaxaca, los ancianos conforman el consejo de tata mandones que son los que forman parte del sistema de cargos ceremoniales y participan en la celebración de las ceremonias. Un tata mandón es una persona con alto prestigio, por lo tanto es una autoridad moral en toda la extensión de la palabra. A ellos se les piden consejos particulares, de familia y comunales, incluso para los compromisos matrimoniales se acude a esta figura para asegurar un buen futuro para la pareja.

En los Kumiai, las abuelas son una figura importante en la vida comunitaria, ya que son las portadoras de los cantos tradicionales que dan identidad y fuerza a todos los integrantes de este pueblo indígena. Mediante sus cantos, las abuelas agrupan a la comunidad, transmiten conocimiento de sus ancestros, de su territorio de su ser Kumiai. Un anciano representa en las comunidades indígenas la sabiduría comunitaria, los valores, la ética, la sencillez y ser anciano en una comunidad indígena, es sinónimo de servicio al pueblo, de estar activo en la toma de decisiones, de administrar el territorio, de decidir de manera adecuada el aprovechamiento de los recursos de su

territorio. Los ancianos además cumplen en la comunidad el papel de curanderos, de sanador, cantador, músico, artista, guía, portador del conocimiento material y espiritual. Son también quienes guardan en su memoria la identidad del pueblo. (Mancilla, 2014)

Según el estudio de Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena realizado en el Ecuador en el año 2010-2011, la percepción del envejecimiento de parte de este grupo etario se basa en los siguientes parámetros estrechamente relacionados:

1. Envejecimiento como la incapacidad para trabajar y pérdida de identidad y autoestima (siendo el trabajo agrícola la ocupación más importante en el indígena del medio rural)
2. La pérdida de fuerza y la creciente dependencia,
3. El envejecimiento como un proceso inevitable de deterioro,
4. El envejecimiento como una disminución del valor en los ojos de la comunidad,
5. El envejecimiento como causa de tristeza e incluso depresión. (Waters, 2010)

### **1.5.- ESPERANZA DE VIDA**

La esperanza de vida en el Ecuador según informe de la OMS para el año 2016 se sitúa en los 76,2 años de edad, Chile es el país de América Latina con mayor esperanza de vida media, 80,5 años, y el segundo de todo el continente americano, sólo por detrás de Canadá (82,2 años) según este informe. Mientras que otros ocho países latinoamericanos, además de Ecuador, se sitúan por encima de ese umbral de 75 años de esperanza media de vida: Costa Rica, con 79,6; Cuba, con 79,1; Panamá, con 77,8; Uruguay, con 77; México, con 76,7; Argentina, con 76,3; Perú con 75,5 y Brasil con

75 años. Bolivia es el país de América Latina donde la esperanza de vida media es menor, concretamente de 70,7 años. Así, como conclusión de este estudio se determinó que la vida media mundial en 2015 fue de 71,4 años. (OMS, 2016)

## **2.-EPIDEMIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO**

Según datos de la OMS en la actualidad existe 605 millones de adultos mayores en todo el mundo, en el Ecuador hay 1'229.089 personas de más de 65 años, teniendo mayor distribución en el grupo étnico mestizo(75,6%), blancos (17,4%), indígenas (5,5%) y mulatos(1,5%); de estos la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431) y en su mayoría son mujeres (53,4%), (1). En Imbabura existen 35.112 adultos mayores (2) y en la Parroquia de San Roque tenemos 970. El 11% de los adultos mayores vive solo, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores acompañados en su mayoría viven con sus hijos (49%), nietos (16%) y esposos(as) o compañeros(as) (15%). (SABE, 2010)

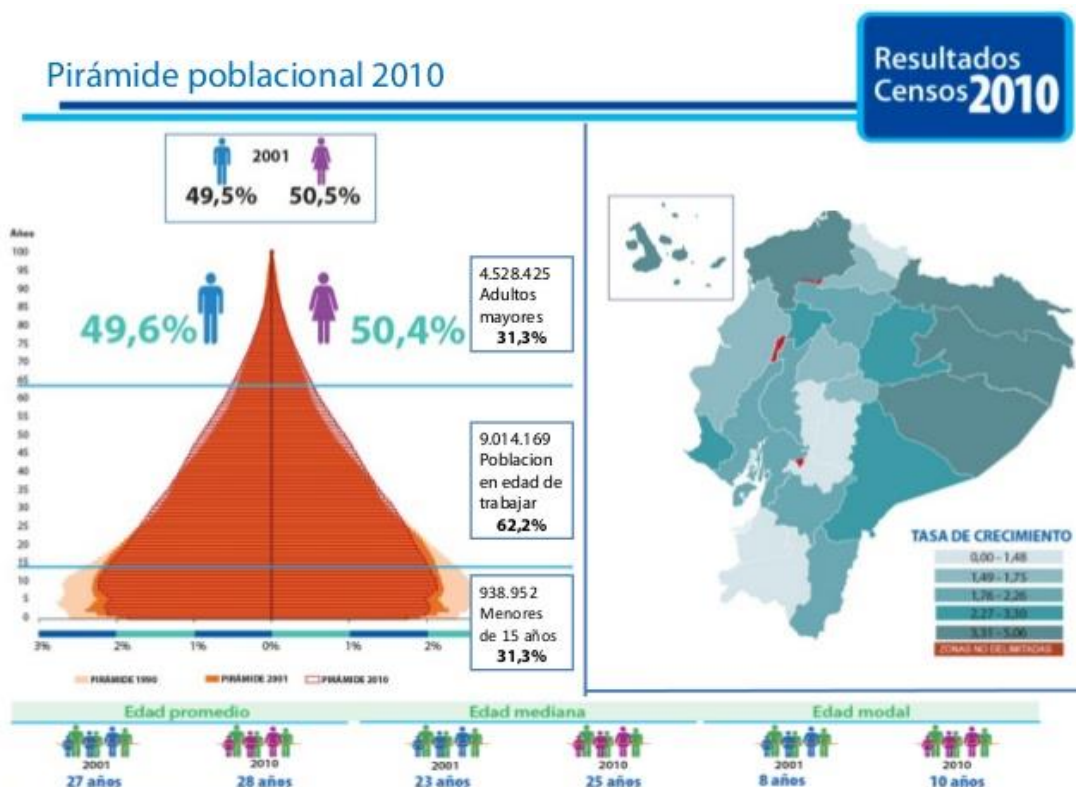
A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder. La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados: 83%). (SABE, 2010)

El 69% de los adultos mayores han requerido atención médica los últimos 4 meses, mayoritariamente utilizan hospitales, subcentros de salud y consultorios particulares.

El 28% de los casos se autofinancian los gastos de la consulta médica, mientras que en un 21% los paga el hijo o hija. (SABE, 2010)

## 2.1.- TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Según la Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento realizada en el periodo 2009-2010 (SABE I) cada vez el Ecuador tiene un nivel mayor de natalidad y un mantenimiento de la población adulta mayor, al igual que en la pirámide poblacional (CENSO 2010) (véase figura 1).



**Figura 1.-** Pirámide poblacional del Ecuador Censo 2010.

La pobreza se expresa en la población de adultos mayores del Ecuador en varios aspectos fuertemente relacionados entre sí, especialmente los bajos niveles de ingresos

y educación. Estos factores son más críticos para mujeres que para hombres y se complican aún más con el paso de los años ya que a nivel individual, las personas de edad más avanzada experimentan en mayor grado los problemas de salud de orden físico, mental y psicológico.

En gran parte, las diferencias en los patrones de salud y bienestar al interior del país se deben a los altos niveles de desigualdad, tanto en los ingresos como en el acceso y uso de los servicios de salud, situación que se agudiza en el Ecuador por la existencia de un sistema de salud desmembrado, conformado por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas que atienden a diferentes grupos poblacional. (Freire, 2010)

El Global Burden of Disease Study (GBD) (Estudio de carga mundial de enfermedades, traumatismos y factores de riesgo) intenta indicar como se encuentra el fenómeno de transición en el mundo estos estudios indicaban como principal causa de muerte, la enfermedad crónica mundialmente representa el 55,6% y en el caso de los países desarrollados el 87,3%, un 44,5% por enfermedades cardiovasculares y un 24,5% por patología tumoral. (Abizanda, 2012)

## **2.2.- DURACIÓN MÁXIMA DE VIDA COMPROBADA**

En la humanidad, la máxima duración de vida verificada en mujeres es el de la Francesa Jeanne Calment fallecida en 1997 a los 122,5 años y en el caso de los hombres el Japonés shigechiyo Izumi, muerto a los 120 años y 237 días, en España el record de supervivencia lo posee el Sr Joan Ruidavets, fallecido a los 114 años.

Algunos investigadores mencionan la relación de la longevidad con un potente componente genético de las personas que todavía no está bien identificado, en este sentido se han realizado varios estudios como el Genome Wide association Study

(GWAS) el cual fue llevado a cabo en el Reino Unido en el que se analizó la longitud de los telómeros de leucocitos. Se observó que cierta variante genética del gen TERC de la telomerasa del ARN produce telómeros más cortos, con envejecimiento más acelerado y probablemente desarrollo de enfermedades relacionadas con la edad.

En nuestro país el valle de Vilcabamba o más conocido como el valle de la longevidad, tiene como característica peculiar la existencia de personas de más de 100 años en una gran proporción. El Dr. Alexander Leaf, de la Universidad de Harvard publicó sus estudios en el famoso reportaje de National Geographic que puso a Vilcabamba en el mapa del mundo encontrando que ahí había 64 personas que podían probar con sus certificados de bautismo que tenían más de 100 años. Entre ellas había seis que podían demostrar que tenían más de 114 años de edad si lo relacionamos con la estadística mundial que dice que una de cada 1'764.000 personas vive hasta los 100 años, y uno en un billón vive hasta los 114 años, quería decir que manteniendo la misma proporción, en Vilcabamba una de cada 48 personas vive hasta los cien años, pero el doctor Leaf descubrió además que la longevidad no era cuestión de genética. (Coler, 2009)

Una de las teorías fue la que hizo el doctor Morton Walter, quien dijo que el secreto estaba en el agua. Los ríos de Vilcabamba, afluentes de las lagunas de Los Compadres, en la reserva de Parque Nacional Podocarpus, son orgánicamente mineralizadas, por la tundra que las lagunas tienen de fondo. Consecuentemente, el organismo asimila estos minerales orgánicos produciendo un efecto de quelación, o sea de limpieza del cuerpo de los minerales pesados. La quelación es hoy un costoso tratamiento médico al que se someten personas que quieren mejorar su calidad de vida, pero que en Vilcabamba se produce de manera natural y gratuita. (Coler, 2009)

Patrick Flanagan pudo comprobar que el agua de Vilcabamba contiene hidrógeno activo que tiene dos electrones negativos en vez de uno, lo cual combate en forma natural a los radicales libres. (Coler, 2009)

Un importante estudio, que no se concluyó, fue el del gerontólogo doctor Richard Mazes, de la Universidad de Wisconsin. Él se interesó en los huesos, y llegó a la conclusión de que los viejos de Vilcabamba tenían huesos como de adolescentes y consecuentemente no sufrían de enfermedades de debilitamiento de volumen de huesos como los viejos en el resto del mundo. Para este gerontólogo, lo de los huesos de los viejos era científicamente mucho más importante que la edad avanzada de ellos, pues era más factible comprobar esto que la edad de los viejos. Mazes también consideró que el consumo del agua de Vilcabamba debía ser el factor primordial en el mantenimiento de huesos saludables hasta una avanzada edad. (Coler, 2009)

### **3.- CAMBIOS ANATOMO FISIOLOGICOS DEL ADULTO MAYOR.**

El Cuerpo humano cambia continuamente desde el momento de la concepción, en el nacimiento, la infancia, la pubertad la adolescencia y la edad adulta, la última etapa de la vida corresponde con el envejecimiento cuando se hacen presentes una serie de modificaciones en los distintos sistemas del cuerpo humano. Conocer estos cambios en el envejecimiento provee de una perspectiva enriquecedora para una atención geriátrica integral. (Erickson, 2000)

### **3.1 ASPECTO EXTERNO.**

#### **3.1.1.- PESO**

A medida que se envejece se observa, desde un punto de vista macroscópico, una disminución del peso y el volumen de los órganos y los tejidos. Microscópicamente se produce una disminución gradual de la masa celular total que puede llegar hasta un 30%. A nivel tisular tiene lugar una disminución de la elasticidad y una pérdida de agua intracelular, que disminuye desde un 60% a un 54%. Estas pérdidas se van a ver compensadas porque paralelamente se produce un aumento del tejido adiposo y fibroso, a expensas del tejido muscular, que pasa de un 15% a un 30% en los hombres y hasta un 40% en las mujeres. Al mismo tiempo, se produce una falta de uniformidad en la distribución de la grasa corporal, depositándose principalmente en el tronco. (Sanchez, 2012)

La etiología de esta sustitución está poco estudiada, si bien existe una relación directa con el régimen alimentario habitual y el ejercicio físico. Estos cambios se traducen en una disminución del peso corporal global del individuo que comienza alrededor de los 60 años, aunque en las mujeres puede inicialmente aumentar, luego hay una etapa de meseta y finalmente disminuye.

#### **3.1.2 ESTATURA**

Con el envejecimiento hay una considerable reducción de la estatura que, sin embargo, es difícil de evaluar sin datos longitudinales. Esta disminución puede llegar a ser de hasta de 10 cm, estimándose que la pérdida media es de 3,8 cm entre los 65 y 74 años de edad, aumentando a 5 cm hacia los 85-94 años. La reducción de la estatura se debe a múltiples factores, como la disminución de la altura del disco intervertebral, la

osteoporosis y el colapso vertebral, la cifosis resultante de los dos factores anteriores y la flexión característica de la rodilla. Por tanto, el sistema musculo esquelético contribuye enormemente al aspecto de las personas mayores. (Mendoza, 2008)

### **3.1.3 POSTURA**

Teniendo en cuenta la función que ejercen los discos intervertebrales en la regulación o amortiguación de las fuerzas de compresión generadas por el peso corporal y su intervención en los movimientos de flexión, inclinación y rotación, es fácil comprender la modificación de la silueta de la persona mayor.

Globalmente se produce una disminución del tono muscular y las curvas de la columna cervical y torácica se vuelven más pronunciadas, lo que da lugar a una cifosis dorsal que altera la estética del tórax y la cabeza y el cuello se inclinan hacia delante; para compensarla es frecuente que el individuo flexione las rodillas y bascule la pelvis, aparentando una mayor longitud de las extremidades superiores y un tronco más corto. A pesar del aparente crecimiento de las extremidades superiores, éstas no modifican su longitud, ni sufren cambios importantes. (Abizanda, 2012)

No ocurre así con las extremidades inferiores, ya que los puntos articulares que presentan mayor presión y desgaste suelen ser las rodillas y la articulación coxofemoral.

Como consecuencia de estas modificaciones anatómicas, la postura del adulto de edad avanzada se vuelve más amplia, sus movimientos son precavidos y deliberados y se reduce la amplitud de cada paso. Estas modificaciones dificultan la acción de caminar, así como el mantenimiento del equilibrio.

### **3.1.4 PIEL**

La percepción general de la mayoría de la gente sobre la edad de alguien descansa en la observación del estado de su piel, especialmente de las partes expuestas de la cara, el cuello y las manos. Las características fundamentales del envejecimiento de la piel son la deshidratación y la pérdida de elasticidad, debida a una notable disminución de la grasa subcutánea.

Estas modificaciones, unidas al déficit de colágeno y al excesivo incremento de la elastina, dan lugar a la aparición de pliegues y rayas características, las arrugas. Primero aparecen las horizontales y luego las verticales. Como consecuencia de la flacidez de la piel, es habitual la aparición de un doble mentón y la caída de los párpados, con formación de bolsas palpebrales. También se marcan de forma más profunda los surcos naso labial y buco nasogeniano. Así mismo, es característico el cutis romboidal de la nuca. Además se pierden el frescor y el brillo de la piel, debido a una disminución de las glándulas seboreicas y aparecen las verrugas seniles, especialmente en las mujeres. (Sanchez, 2012)

El tono de la piel se hace más pálido, pero algunas células que dan color a la piel se hipertrofian, apareciendo unas manchas más oscuras, principalmente en las manos y la cara, que se conocen como léntigo o manchas de hígado. La piel del anciano está menos vascularizada, por lo que la cicatrización es más lenta. También es frecuente una mayor fragilidad capilar, responsable de la aparición de púrpura senil, manchas rojizas conocidas como angiomas de cereza, que son debidas a pequeñas hemorragias capilares. En estos cambios dérmicos influyen también otros factores, como la repetición de un mismo gesto facial a lo largo de la vida, el clima y la exposición frecuente y prolongada al sol (foto envejecimiento). La piel irradiada por el sol

envejece no sólo prematuramente sino con fenómenos cualitativamente distintos del envejecimiento normal. (Mendoza, 2008)

### **3.1.5.- PELO**

Con respecto al pelo hay una menor velocidad de crecimiento por disminución de los folículos activos en relación con el número de folículos en reposo. El cabello se hace más fino y se pierde por atrofia de los folículos pilosos, sobre todo en los hombres (alopecia androgénica). Esta pérdida comienza por la zona fronto temporal, ya hacia los 20 años de edad, de forma que en las últimas décadas de la vida la mayoría de los hombres tienen alguna calvicie.

La ausencia de la melanina en los melanocitos del folículo piloso es la causa de que el cabello se vuelva cano. Se calcula que, hacia los 50 años de edad, el 50% de la población tiene el pelo gris. La aparición de las canas y la caída del cabello son signos muy ligados a factores genéticos y hormonales.

Tanto los hombres como las mujeres sufren una disminución progresiva del vello corporal, que afecta a las piernas y a las regiones axilar y púbica. En contrapartida, hay una tendencia al crecimiento de pelos terminales gruesos en la barbilla y el labio superior en las mujeres (hirsutismo), haciéndose en el hombre más aparente a nivel del pabellón de la oreja, los orificios nasales y las cejas. (Sanchez, 2012)

### **3.1.6 UÑAS**

El sistema tegumentario demuestra que el crecimiento continúa durante el proceso de envejecimiento, aunque es menor. Un signo evidente es el crecimiento de las uñas, que

suelen ser más frágiles y presentan estrías longitudinales por modificación de la matriz ungueal. En cuanto a las uñas de los pies, suelen ser más duras como consecuencia del acúmulo de capas córneas. (Abizanda, 2012)

### **3.2.- SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO**

Con el envejecimiento, el sistema musculo esquelético sufre modificaciones a tres niveles:

#### **3.2.1.-SISTEMA ÓSEO**

El hueso es un tejido complejo que experimenta cambios a lo largo de la vida. Se inician después de los 40 años en ambos sexos, existiendo un desplazamiento desde un aumento en la masa ósea a un descenso progresivo. Este desplazamiento se caracteriza por una reabsorción gradual de la superficie interna de los huesos largos y planos, y un más lento crecimiento de hueso nuevo en la superficie externa. Por tanto, los huesos largos se ensanchan externamente, pero internamente se ahuecan, las placas terminales vertebrales se adelgazan y el cráneo se ensancha progresivamente. Al mismo tiempo hay una pérdida de trabéculas. La masa ósea disminuye y se desmineraliza, fenómeno conocido como osteoporosis. Este fenómeno es más frecuente en la mujer, pudiendo alcanzar hasta un 30%, frente al 17% en el varón. (Sanchez, 2012)

Actualmente la osteoporosis senil o primaria, causada por el envejecimiento fisiológico, se conoce también como osteopenia, reservándose el término osteoporosis para las situaciones patológicas.

La osteoporosis senil es consecuencia de un desequilibrio entre la actividad osteoblástica y osteoclástica, pero la razón de este desequilibrio no se conoce. Si bien,

existen diversos factores predisponentes como son: la inmovilidad, las deficientes ingesta y absorción de calcio, el déficit de estrógenos, etc. La osteoporosis senil provoca fragilidad ósea, siendo ésta la principal razón de la predisposición a las fracturas en el anciano. (Mendoza, 2008)

Otro fenómeno asociado al envejecimiento óseo es la formación de osteofitos o espolones, que son crecimientos óseos en las cabezas de los huesos largos.

### **3.2.2.- SISTEMA MUSCULAR**

Se produce una disminución de la masa muscular (atrofia muscular) y una pérdida gradual de la potencia, que hacen que la persona mayor se canse más con el ejercicio. Por otra parte, la recuperación del músculo es más lenta. Hay una prolongación del tiempo de contracción y de los períodos de latencia y relajación musculares. (Sanchez, 2012)

### **3.2.3.- SISTEMA ARTICULAR**

Con el envejecimiento, los ligamentos y los tendones se vuelven rígidos, lo cual reduce la flexibilidad de las articulaciones y el grado de movilidad, sobre todo en las rodillas, las caderas y la columna vertebral. El tejido sinovial de las articulaciones pierde elasticidad, lo que favorece el desgaste y la rotura de las superficies articulares. Las superficies articulares, recubiertas de cartílago, comienzan a deteriorarse aproximadamente hacia la tercera década de la vida. A medida que el tejido va erosionándose, las dos superficies óseas de la articulación quedan en contacto, lo que causa la aparición de dolor, crepitación y limitación de movimientos, tanto de los finos como de los gruesos, haciéndose también más rígidos. (Sanchez, 2012)

Las modificaciones del sistema musculo esquelético son progresivas, sin embargo, el tomar algunas medidas preventivas a lo largo de la vida, como el ejercicio físico, una adecuada higiene postural, etc., favorecen el retraso en su aparición.

### **3.3.-SISTEMA NERVIOSO**

A pesar de las numerosas investigaciones realizadas en estas últimas décadas, hay mucha controversia en cuanto a qué constituye el envejecimiento normal del sistema nervioso. Las modificaciones del sistema nervioso se producen tanto a nivel del sistema nervioso central como del periférico:

#### **3.3.1.- SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

Las células del sistema nervioso central, neuronas, son amitóticas y cuando se pierden por cualquier causa, no son reemplazadas. Al contrario que las células gliales, que rodean y sostienen a las neuronas, que pueden proliferar en respuesta a una lesión o pérdida. Indudablemente, y desde el punto de vista anatómico, con el envejecimiento el cerebro disminuye de tamaño y de peso, con la consiguiente pérdida de masa cerebral.

AÑOS	PÉRDIDA DE PESO
70	5 %
80	10 %
90	20 %

Sin embargo, distintos estudios demuestran más bien una atrofia altamente selectiva en áreas restringidas del tejido cerebral que una atrofia global. La mayor parte de las pruebas indican una cierta pérdida neuronal (10 a 60%), que afecta principalmente a la corteza cerebral y al cerebelo, pérdida que se inicia desde edades muy tempranas (a

partir de los 20 años). En este sentido se podría decir, por tanto, que la pérdida progresiva de la función neurológica es inevitable con el avance de la edad. Sin embargo, la tasa de cambio es muy variable, tanto de un individuo a otro, como de una parte a otra del sistema nervioso. (Pedro, 2004)

Esta pérdida de células en los hemisferios cerebrales podría ser una explicación razonable de la capacidad reducida manifiesta para adquirir nuevas memorias y la lentitud en los procesos de actividad mental y capacitación. Sin embargo, no es normal perder la capacidad de adquirir nuevas pericias con el aumento de la edad. Se ha demostrado que las personas mayores son perfectamente capaces para adquirir nuevas destrezas intelectuales, aunque necesiten de más tiempo para hacerlo. En definitiva, hasta el día de hoy, no ha podido probarse una conexión entre una función mental disminuida y la pérdida de células del cerebro.

Por otra parte, con la edad las células del hipocampo sufren una degeneración, produciéndose una acumulación intracelular del pigmento de lipofuscina; si bien no se sabe si su presencia tiene algún efecto real sobre la función celular. También se ha observado la presencia de placas amiloideas y ovillos neurofibrilares, estos últimos similares a los que aparecen en personas con demencia tipo Alzheimer. Se desconoce cómo se forman estas placas y ovillos, y no ha podido aún establecerse si son o no en realidad la causa del deterioro de la función mental, o si contribuyen o no a ella. Lo mismo ocurre con los cuerpos de Lewy, comunes en la enfermedad de Parkinson, pero que se observan también en el envejecimiento normal.

En cuanto a la conducción del impulso nervioso, ésta se enlentece como consecuencia de una reducción significativa de los neurotransmisores: las catecolaminas (dopamina, noradrenalina y adrenalina), involucradas en el control de las funciones viscerales, las

emociones y la atención; la serotonina, responsable de las actividades reguladoras centrales como la sed, el latido cardiaco, la respiración, la termorregulación, el sueño y la memoria; la acetilcolina; el ácido gamma butírico; y el ácido glutámico. Es probable que estas reducciones jueguen un papel central en la disminución de la capacidad de la persona mayor para responder al estrés físico y emocional de una forma eficiente y efectiva. (Sanchez, 2012)

Así mismo, con la edad también se observa una disminución en la velocidad de la conducción nerviosa, ocasionada como consecuencia de la pérdida de la vaina de mielina de los axones, y una reducción significativa en el flujo sanguíneo y el metabolismo cerebral.

### **3.3.2.- SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO**

A nivel del sistema nervioso periférico hay una disminución generalizada de la sensibilidad térmica, dolorosa, auditiva, etc., y aparece el temblor senil, que se hace más manifiesto en las extremidades. También se produce, como consecuencia de una variación asimétrica de los reflejos tendinosos profundos, una dificultad para la realización de los movimientos coordinados o de alternancia rápida, que se traduce en una falta de precisión. La transmisión del impulso nervioso a nivel periférico está también enlentecida. (Abizanda, 2012)

### **3.4.-SISTEMA RESPIRATORIO**

El sistema respiratorio, como ocurre con el resto de los sistemas orgánicos, sufre cambios estructurales y funcionales con el envejecimiento fisiológico. En primer lugar, los cambios musculo esqueléticos de la caja torácica afectan a la funcionalidad pulmonar de varias formas importantes. El incremento del diámetro anteroposterior

del tórax, debido a la elevación de las costillas y al aplanamiento del diafragma; la aparición de cifosis, agravada por la osteoporosis y el aplastamiento vertebral; la limitación del movimiento costal; y la dificultad de contracción de los músculos inspiratorios, contribuyen a disminuir la expansión torácica y, por tanto, dificultan la ventilación. (Sanchez, 2012)

El pulmón senil disminuye de peso y volumen, haciéndose cada vez más rígido y menos distensible, lo que produce un efecto de llenado parcial, incluso en situación de reposo. Hay una disminución del número total de alvéolos que hace que se agranden los restantes y se dilaten los bronquiolos y los conductos alveolares. A pesar de ello, no se producen cambios significativos en la capacidad total del pulmón, ya que aunque disminuye la capacidad vital, aumenta el volumen residual, lo que determina una insuflación parcial de los pulmones en reposo.

Existe además un descenso en la capacidad que tienen los gases pulmonares de pasar de los alvéolos a la sangre. Esta reducción en la capacidad de difusión se debe a la pérdida de área de superficie de la membrana alvéolo-capilar y a las diferencias resultantes en la ventilación, flujo sanguíneo o ambas. Sin embargo, no hay ningún cambio en la presión parcial de dióxido de carbono ( $\text{PaCO}_2$ ), pero existe un descenso del 10 al 15% en la presión parcial de oxígeno ( $\text{PaO}_2$ ), que inicialmente se atribuyó a la reducción en la capacidad de difusión y actualmente se relaciona con un desequilibrio entre la ventilación-perfusión, como resultado del colapso parcial de los alvéolos basales. Así mismo, hay una disminución de la respuesta a la hipoxia y la hipercapnia, posiblemente a causa de una menor respuesta de los barorreceptores centrales y periféricos. (Mendoza, 2008)

Por otra parte, la disminución de la fuerza de los músculos respiratorios y la menor eficacia del reflejo tusígeno dificultan la expulsión de secreciones, lo que contribuye a una mayor predisposición de las personas mayores a las infecciones respiratorias.

### **3.5.- SISTEMA CARDIOVASCULAR**

Es difícil precisar si el proceso fisiológico de envejecimiento afecta al sistema cardiovascular sin implicar ninguna enfermedad, ya que como consecuencia de éste se produce algunos cambios importantes a nivel hemodinámico.

El envejecimiento del colágeno y otros elementos estructurales conducen a una pérdida de elasticidad en las arterias, con aumento de las resistencias periféricas al flujo sanguíneo. Se produce un engrosamiento de las paredes por calcificación y amiloidosis. Todo ello, acompañado de una mayor tortuosidad de los vasos. Es por esta razón que el ligero aumento de la presión arterial sistólica, observado en las personas mayores, es considerado como parte del envejecimiento normal. (Sanchez, 2012)

En respuesta a este aumento de la resistencia periférica, el trabajo cardiaco tendría que elevarse, con el fin de mantener el gasto cardíaco ( $GC = VS \times FC$ ). Sin embargo, otro cambio del envejecimiento es que el corazón sufre un proceso de atrofia y esclerosis, y disminuye en peso y volumen. La masa muscular global está reducida, disminuyendo así la cantidad de flujo de sangre que se necesita en muchas áreas del cuerpo. En definitiva, el gasto cardiaco completo en reposo disminuye un 40% entre los 20 y los 60 años.

Por otra parte, se produce también una disminución de la contractilidad miocárdica. Los ventrículos tardan más en contraerse, por consiguiente, si se necesita un aumento

del gasto cardíaco, como por ejemplo en situaciones de estrés, la frecuencia cardíaca tendría que aumentar, sin embargo el anciano no puede desarrollar una respuesta taquicárdica como una persona joven.

Así pues, hay una falta de reserva, y aunque el corazón puede conservar su capacidad de funcionar en condiciones normales, una situación de estrés podría provocar trastornos del ritmo o incluso una insuficiencia cardíaca congestiva o una isquemia cardíaca.

El electrocardiograma normal muestra pequeños cambios con la edad. Hay aumentos significativos en los intervalos PR, QRS y QT. También hay un descenso en la amplitud del complejo QRS y, probablemente como resultado del engrosamiento ventricular izquierdo, un desplazamiento izquierdo del eje del QRS.

El desequilibrio hemodinámico también se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación, produciéndose una mayor cesión de oxígeno a los tejidos y una pérdida de calor. La disminución del metabolismo y la reducción de la proporción de calor corporal conducen, en situaciones normales, a una disminución de la temperatura. (Abizanda, 2012)

### **3.6.- SISTEMA DIGESTIVO**

La mayoría de los ancianos suelen tener problemas a nivel de la boca por la pérdida de piezas dentarias y el mal estado general de la dentadura. La utilización de prótesis mal ajustadas, el mal estado de los dientes y la deshidratación de las encías, pueden ser motivos de la aparición de dificultades en la masticación. La cantidad de saliva secretada es menor y su consistencia más espesa, dificultando la dilución de los alimentos y contribuyendo a la sequedad bucal (xerostomía) y a la pérdida de

sensación gustativa. Todos los factores mencionados influyen en la absorción intestinal, actuando tanto sobre la velocidad del proceso digestivo como sobre su eficacia.

A nivel de la estructura anatómica del sistema digestivo, no hay cambios significativos inherentes al envejecimiento. Las modificaciones más aparentes se producen a nivel funcional. La disminución de la motilidad, la atrofia de la mucosa gástrica, la reducción del tono muscular de la pared abdominal y la disminución de la capacidad del estómago para producir ácido clorhídrico (aclorhidria), generan en el anciano frecuentes dificultades digestivas. Así mismo, aumenta el reflujo gastroesofágico por incompetencia del esfínter esofágico inferior. Por otra parte, la disminución del tamaño y funcionalidad del hígado, la lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar estas dificultades. (Sanchez, 2012)

A nivel del intestino grueso destaca, de forma relevante, la disminución del peristaltismo, lo que contribuye a favorecer el estreñimiento en los ancianos, si bien los hábitos de vida son los que van a determinar más significativamente este problema.

### **3.7.- SISTEMA GENITOURINARIO**

#### **3.7.1- SISTEMA URINARIO**

En el riñón se produce una reducción del peso y el volumen, así como de la capacidad de concentración de orina. Hay una disminución del número de nefronas, que puede ser hasta del 30- 40%, esclerosis de los glomérulos, dilatación de los túbulos renales y aumento del tejido intersticial.

Se produce un debilitamiento del esfínter uretral, la vejiga pierde tono muscular reduciendo su capacidad y no hay un vaciamiento total de la misma, por lo que después

de la micción queda un resto de orina (orina residual), lo que condiciona la frecuencia de aparición de infecciones y la necesidad de miccionar frecuentemente. En cuanto a la capacidad funcional, hay una disminución de la velocidad de filtración glomerular, una disminución del flujo hemático y un aumento de la resistencia vascular. (Abizanda, 2012)

### **3.7.2.-ÓRGANOS GENITALES**

En la mujer, el vello púbico se hace frágil y se pierde. La mucosa vaginal se seca y se atrofia, disminuyendo su secreción, lo que favorece una mayor predisposición a las infecciones. La vulva, los labios mayores y el clítoris disminuyen de tamaño y el moco cervical se hace espeso y escaso. El útero y los ovarios tienden a atrofiarse.

En el hombre también hay pérdida de vello púbico, la bolsa escrotal está distendida y su superficie se vuelve lisa. Hay una disminución del tamaño y consistencia de los testículos. Se produce un aumento de la próstata con disminución de su secreción.

En relación con la función reproductora, ésta cesa en la mujer después de la menopausia y en el hombre disminuye gradualmente. El tejido testicular tiende a atrofiarse, aunque se conserva la fertilidad en muchos hombres hasta edades muy avanzadas. (Mendoza, 2008)

Por otra parte, la capacidad de respuesta sexual en las personas mayores está íntimamente ligada al grado de capacidad individual física y psíquica y a la situación social en que se encuentren.

Aunque en los ancianos sanos el deseo y la capacidad sexual permanecen, con el avance de la edad, se producen distintas modificaciones que condicionan la respuesta sexual.

En la mujer, la falta de lubricación natural de la vagina puede hacer más doloroso el coito. Por otra parte, con el envejecimiento, los orgasmos de la mujer tienden a ser más cortos y menos intensos.

En el hombre, con el avance de la edad la erección es más lenta y más débil. La eyaculación también se enlentece, disminuyendo el volumen total de semen por eyaculación. Además, el período eyaculatorio refractario está aumentado, esto es, hay un intervalo más largo después de la eyaculación, a veces de hasta 24 horas, antes de que se pueda lograr de nuevo. El miedo a la impotencia es una preocupación frecuente de los hombres envejecidos, aunque la mayoría conserva su capacidad sexual puede manifestar alteraciones a nivel psicológico.

### **3.8.- ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.**

#### **3.8.1 VISTA**

Anatómicamente hay una atrofia de la musculatura palpebral, con pérdida de la elasticidad cutánea, lo que provoca una cierta caída de los párpados, ptosis palpebral. Se produce un oscurecimiento de la piel alrededor de la órbita ocular, con la formación de bolsas debajo de los ojos y palidez de las conjuntivas.

Aparece el arco senil, llamado también gerontoxón, que consiste en un depósito de grasa alrededor del iris, en forma de círculo. Puede observarse como un anillo gris en el borde del iris (unión corneoesclerótica), que no tiene significación funcional.

La pupila disminuye de tamaño y su forma es irregular, esto hace que se enlentezca la respuesta pupilar frente a la luz. El cristalino se torna opaco y se endurece, reduciendo la capacidad de enfocar correctamente los objetos cercanos (presbiopia). Del mismo

modo, disminuye el campo de visión periférica y existe una disminución en la habilidad para diferenciar los colores. En general, se ven mejor los colores cálidos.

La secreción lagrimal disminuye en cantidad y calidad, provocando sequedad en los ojos y aumentando la tendencia a las infecciones secundarias. (Sanchez, 2012)

### **3.8.2.- OÍDO**

Anatómicamente hay un aumento del tamaño del pabellón auricular por crecimiento del cartílago, la membrana timpánica está engrosada y es característica la sequedad de la piel y los depósitos de cerumen en el oído, muchas veces causa del deterioro auditivo.

Funcionalmente hay una pérdida de la agudeza auditiva o incapacidad para oír las frecuencias más altas (presbiacusia), como consecuencia de la atrofia del nervio auditivo o por otosclerosis (degeneración del nervio auditivo), que es más significativa en varones. La mayoría de los ruidos ambientales están entre 500-2000 Hz, aunque las consonantes algo por encima de este rango. En general, los ancianos oyen bien en frecuencias media y baja y mal en sonidos de alta frecuencia.

La consecuencia de estas alteraciones va a ser la elevación de la frecuencia media de la voz hablada, que en los varones pasa de 100-120 Hz a 132 Hz y en las mujeres de 200 Hz a 225 Hz. (Abizanda, 2012)

### **3.8.3 GUSTO**

Se produce una disminución de las papilas gustativas y una atrofia de la lengua, lo que conlleva a una pérdida progresiva del sentido del gusto, en especial del dulce, que predispone al anciano a consumir más azúcar.

### **3.8.4.- OLFATO**

Muy ligado al sentido del gusto, está igualmente debilitado por degeneración del nervio olfatorio. Por otra parte, la nariz aumenta de tamaño por crecimiento continuo del cartílago.

### **3.8.5.- TACTO**

En general disminuye la sensación táctil. Asimismo, están disminuidas las sensibilidades térmica y dolorosa profundas. (Abizanda, 2012)

## **4.- FACTORES DE RIESGO INFLUYENTES EN EL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR**

### **4.1.- FACTORES DE RIESGO INDIVIDUAL**

Es frecuente que hoy día nos encontremos con muchísimas personas de esta edad que presentan una vida sumamente activa en todo sentido: trabajan, practican deportes, viajan, estudian, entre otras actividades que normalmente desempeñan individuos más jóvenes. Pero también vale mencionar que existe una contracara y para algunas personas esta etapa de la vida es ciertamente compleja y difícil de sobrellevar, especialmente en aquellos casos en los que el cuerpo empieza a deteriorarse. Porque en esta situación el individuo no puede trabajar, su actividad social disminuye y entonces se empiezan a experimentar estados negativos como los de exclusión y postergación. (Eduardo, 2005)

Entre los factores de riesgo individual que conllevan al abandono del adulto mayor tenemos los siguientes:

- Discapacidad o pérdida de sus habilidades motoras; este es una de las principales causas de abandono, puesto que el adulto mayor no puede valerse por sí mismo y por ende necesita de la ayuda de otras personas, las cuales pueden llegar a un punto en el que se encuentren cansados y como última alternativa proceden al abandono del adulto mayor.
- Depresión; este es uno de los puntos más importantes a considerar y uno de los primeros en detectar ya que el anciano que sufra este trastorno puede llegar al suicidio.
- Deterioro cognitivo: Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida y de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa. El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria sin otra causa que lo explique. Se ha sugerido que es un fenómeno normal en los ancianos más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad. Es importante la detección precoz de los trastornos de memoria como signos frecuentes y prodrómicos de los síndromes demenciales. Los factores de riesgo que debe siempre considerarse es la depresión, trastornos cognitivos sobretodo dependiendo de causas orgánicas, factores psicosociales, entidades clínicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, enfermedad tiroidea, insuficiencia renal, polifarmacia y alteraciones de los órganos de los sentidos. La relativa facilidad de su diagnóstico por métodos clínicos, neuropsicológicos y de imagen hace que pueda ser una herramienta eficaz en manos de los médicos de

familia, para el control y dispensarización del adulto mayor en sus comunidades (Angeles, 2013).

- No aceptación de la edad: Existe una categoría de personas, capaces de captar el significado de la vejez en el transcurso de la existencia humana, que la viven no sólo con serenidad y dignidad, sino como un período de la vida que presenta nuevas oportunidades de desarrollo y empeño. Y existe otra categoría, muy numerosa en nuestros días, para la cual la vejez es un trauma. Personas que, ante el pasar de los años, asumen actitudes que van desde la resignación pasiva hasta la rebelión y el rechazo desesperados. Personas que, al encerrarse en sí mismas y colocarse al margen de la vida, dan principio al proceso de la propia degradación física y mental (Gaston, 2005).

#### **4.2.-Factores de riesgo familiar**

Erick Erickson desde su teoría del desarrollo psicosocial del ser humano, considera que: “el desarrollo del ser humano surge de la manera en que se resuelven los conflictos sociales durante puntos de interacción claves en el desarrollo...Corresponde a un proceso dinámico y continuo desde el nacimiento hasta la muerte” , dichos conflictos se evidencian en todas las etapas de la vida, así en la vejez menciona una crisis o conflicto que involucra específicamente a dos categorías en oposición la integridad y la desesperanza. (Erickson, 2000)

Dentro de los adultos mayores la existencia de la familia es clave en el abordaje de la problemática. Aún en un contexto de pobreza generalizada, las familias constituyen un

recurso invaluable a la hora de establecer instancias de intervención sociogerontológica. Sobre esta base, la internación geriátrica será una posibilidad recién cuando las familias se encuentren imposibilitadas de ofrecer contención. Existen diversas perspectivas para efectivizar el trabajo social gerontológico: la asistencial, preventiva, promocional. La perspectiva educativa, con alcances comunitarios es una de las más importantes, pues en la comunidad quizá pueda extenderse un rol de familia; a partir de las organizaciones sociales (escuelas, clubes, hospitales, iglesias, etc.). El proceso de envejecimiento, además de los cambios en las políticas públicas, en los perfiles epidemiológicos, en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y seguridad social y en la disposición de recursos, implica la consideración de otros factores que puedan influir en la prolongación de las habilidades funcionales, en la autonomía, en la independencia y en la calidad de vida de las adultas y adultos mayores. (MIES, 2012)

La familia indígena juega un papel importante en la identidad ecuatoriana. El concepto generalizado es que la familia es un factor protector de los adultos mayores, en el sentido de que siempre se cuida a padres y abuelos atendiéndolos en todas sus necesidades (MIDEPLAN, 1998). El concepto de la familia extendida es relevante en este contexto, especialmente cuando se refiere a la población indígena; además, la comunidad representa una red de protección social más amplia que suplementa o coexiste con los lazos familiares y de compadrazgo.

#### **4.3 Factores de riesgo social**

La sociedad en la que vivimos valora al hombre por lo que produce, sus habilidades y rapidez para desarrollar sus actividades, obteniendo como resultado poder,

gratificación y competencia. En un mundo computacional, con actividades que exigen precisión, rapidez, memoria, productividad, los adultos mayores tienden a tener grandes limitaciones e inseguridades, aumentadas por el contraste que existe con la capacidad de desenvolverse de las personas más jóvenes. (MSP, 2007)

Este modo de hacer y pensar es decisivo, porque define el rol del adulto mayor en la sociedad, cuánto valen por lo que pueden hacer, cuales son las oportunidades reales. De aquí se puede presumir la imagen negativa sobre la vejez y que limita las oportunidades que tienen para satisfacer su autoestima y de sentirse miembros útiles y valorados por la sociedad en que viven. Otro hecho que influye, en la valoración del adulto mayor, es la velocidad de los cambios que experimentan las sociedades contemporáneas en circunstancias de que uno de los recursos valiosos que poseían tradicionalmente los ancianos es su experiencia: cuando se vive en una sociedad donde el rápido cambio tecnológico altera todas las esferas de la vida, resulta inútil puesto que su experiencia se refiere a formas de hacer y pensar ya sobre pensadas. De ahí que se juzgue prescindible la experiencia del adulto mayor y que sus opiniones puedan ser descartadas.

De igual manera, de acuerdo con el estereotipo cultural del mundo occidental, la vejez es sinónimo de pérdida de capacidades, especialmente las relacionadas con el aspecto físico, lo que en un medio donde el culto a la belleza y la valoración a la competencia, la rapidez, la agilidad son aspectos predominantes, hace que los individuos experimenten temor e incluso aversión por esa etapa de la vida, lo que abona el camino al aislamiento social e invisibilidad de las necesidades sociales, económicas y emocionales de los adultos mayores. (HUENCHAUN, 2003)

En nuestra sociedad prima el valor de lo joven y productivo. Nuestro rol, o papel que se nos asigna, está ineludiblemente ligado a nuestro trabajo, y desaparece con la jubilación. Bruscamente, sin posibilidad de adaptación previa en la mayoría de los casos, la persona se convierte en un desocupado, improductivo. Por otro lado, esta situación se acompaña por lo general de una pérdida de poder económico y de relaciones sociales, la mayoría de las veces ligadas al mundo laboral. En las sociedades preindustriales los ancianos seguían realizando tareas útiles mientras podían.

Los países industrializados se enfrentan con tres problemas:

1. Los sistemas actuales de trabajo no tienen tareas que ofrecer cuando los individuos pierden sus energías.
2. Es cada vez mayor el número de personas que salen de la etapa productiva antes de considerárseles adultos mayores.
3. Las familias no pueden hacerse cargo de los mismos por razones económicas y de espacio habitacional.

Todos estos problemas causan la marginación de los adultos mayores, pues la sociedad considera al hombre y la mujer un poco por lo que hacen y producen y no por lo que son. En países ricos y altamente especializados han surgido modernos centros residenciales para ancianos con asistencia médica y psicológica de vanguardia, con jardines, centros recreativos, talleres, etc. Estas podrían ser soluciones pero no debemos olvidar que es necesario dar al adulto mayor además de asistencia y confort un ambiente familiar y humano, que no es fácilmente reemplazable. Muchos de los cambios que se están produciendo son inevitables pero es necesario compatibilizar las

modificaciones de las estructuras sociales y la planificación de los servicios de salud y asistencia social que permitan la atención de las necesidades de la familia y de sus miembros. La sociedad moderna está impregnada de materialismo y el trabajo es considerado como productividad y no como formación humana. Durante las últimas etapas de la vida es difícil que el anciano experimente una sensación de resolución. A menudo se producen ciertos sucesos durante esa fase evolutiva que lo impiden. Un ejemplo muy claro de aquello es la jubilación y las posteriores posiciones económicas que esto conlleva, ya que solo ganaría una cantidad mínima durante esta etapa. Aquello podemos decir que “en el adulto mayor se reduce la autoestima y genera un alto grado de estrés” (Anónimo, 2012) . Dado que el sujeto considera el envejecimiento como un deterioro psicosocial, tanto los adultos mayores como quienes interaccionan con ellos siguen un papel asignado perpetuando esta imagen. El clima social en el que se desenvuelve el anciano tienen un efecto considerable en su forma de actuar, influyendo varios aspectos del entorno en la conducta de esta persona; así aquello se lo podría considerar como una profecía auto cumplida. Las normas socialmente aceptadas que marcan la forma diaria de actuar pierden importancia de forma espectacular a medida que se aproxima la jubilación. Y lo que es más importante aún, cuando se deja al adulto mayor, relegado, apartado de nuestro sistema social, este va a comenzar a disminuir el grado de reforzamiento y de recompensa por desempeñar satisfactoriamente la función. (IGUALDAD, 2014)

La realidad socio económico de los países andinos, en especial de los países como Ecuador, Perú y Bolivia ha motivado que muchos de los pobladores nuestros salgan a las grandes ciudades dentro de cada país, como también fuera de ellas; las causas que

motivan para la consolidación de este fenómeno son varias "existen tres grandes causas

a.- Causas socioeconómicas, todo lo relacionado con la situación laboral, los salarios, la falta del trabajo en relación al país de origen, y las expectativas construidas sobre los países de destino;

b.- Causas políticas, que tienen directa relación con la inestabilidad o estabilidad de los países tanto de origen como de los países de destino y,

c.- Causas culturales, que está relacionado con los mitos que se construyen de los países de destino, como también la concepción que se ha construido alrededor de los países de origen, pudiendo ser vistos positiva o negativamente

Otro factor importante es la migración:

Analizado los dos contextos, a los lugares de destino y de los lugares de origen, vamos a profundizar en los impactos culturales que causan las migraciones en los pueblos, en los aspectos de organización económica de la familia, en las relaciones de afectividad, en las prácticas de valores culturales (Alberto, 2000).

- Organización económica de la familia. Toda la responsabilidad dentro del hogar como también de la comunidad es asumida por la mujer, asume el papel de contadora del dinero, ya no hay el mismo diálogo para una decisión conjunta con la pareja , por otro lado el marido poco a poco va perdiendo respeto y autoridad en el hogar, los hijos y la misma esposa lo verá como a un ser extraño , que pronto volverá a irse, de la misma forma cada uno se acostumbran a tener una vida autónoma y cuando estén juntos vendrá un desequilibrio, de esta forma se desorganiza todo la economía familiar sustentada en la dualidad y en la comprensión familiar; a más de ello la mujer estará

expuesta a toda crítica y en relación a la nueva función múltiple que le toco cumplir obligadamente. (Conejo Arellano, 2008)

La preparación para la jubilación constituye una estrategia de protección social. Dicho concepto va más allá de la prestación económica que reciba la persona luego de la jubilación. Proteger significa cuidar, con el propósito de evitar o prevenir la aparición de situaciones que puedan resultar desagradables o poner en peligro el bienestar de la persona. Muchos expertos la consideran sinónimo de preservar, amparar y defender, escudar, resguardar y salvaguardar; también se refieren a apoyar, favorecer y patrocinar. Está vinculado con la imagen o representación social que prevalece con relación a la vejez en el medio. (Rodríguez, 2007)

Desde la perspectiva gerontológica, proteger es más que evitar la aparición de compromiso o agresión para el individuo. Se trata de velar por el disfrute pleno de esta etapa de la vida, permitiéndole gozar de todos sus derechos como persona, con respeto a su dignidad e historia de vida, así como su lugar en la sociedad. La protección comprende una serie de acciones de diversa índole encaminadas a preservar y optimizar la calidad de vida de las personas. Incluye en las acciones aquellas dirigidas a prevenir situaciones que afecten la salud, la vida, la independencia o derechos; evitar aparición de discapacidades o retrasarlas y minimizarlas; estimular la creatividad que contribuya a dar sentido a la vida; rescatar las capacidades funcionales que aún tengan posibilidades de desarrollo; promover la conservación de la autoestima y facilitar su integración social y productividad personal; preservar la participación e interacción de las personas con su entorno familiar y social; promover una representación más positiva de la vejez como un ciclo con posibilidades y con experiencias y riquezas que

pueden ser puestas a disposición de la sociedad y que es de inestimable valor. Las acciones de protección involucran desde los propios individuos hasta familias, instituciones, organizaciones, etc. pero por sobre todo, es una responsabilidad colectiva de toda la sociedad hacia los colectivos en situación de vulnerabilidad (Ej. ancianos, etc.). Serán protegidos de nuevas situaciones; agresiones personales o colectivas; complicaciones a situaciones ya existentes; pérdida de capacidades; abuso o maltrato; abandono, discriminación o marginación. Las acciones de protección deben encararse con un enfoque integral teniendo en cuenta el equilibrio que se requiere (físico, psicológico, social y funcional). La protección abarca el cuidado de todas estas áreas trascendiendo a las familias y al entorno. Para alcanzar un buen envejecer es necesario que las personas se preparen a través de un proceso que debe iniciarse desde las primeras etapas y a lo largo de toda la vida. La protección de las personas mayores implica un cambio de concepción de la misma, debiendo pasar del mero cuidado al énfasis en el derecho que tienen de ser promovidos con el propósito de mantenerse integrados activamente en la sociedad. El colectivo de adultos mayores constituye un grupo en acelerado aumento, con tiempo disponible, con 10 o 15 años de media de vida útil y productiva que socialmente se encuentran marginados y desplazados. (Cruz, 2007)

- Las relaciones de afectividad. En el mundo andino la célula de una organización social es la familia, mujeres sin el marido siempre son criticadas o no tienen la misma aceptación o el prestigio dentro de una comunidad, lo mismo pasa con los hombres solos, siendo así, la migración siempre repercute negativamente en la cohesión de la familia, en este sentido quizá sea el daño más grande que puede causar a propósito de

ganar unos dólares más, quizá es el trauma de los hijos, de las mismas esposas, o del marido que jamás se pueda recuperar, o reiniciar una vida normal afectivamente y ser un ejemplo de una vida amorosa para nuestros hijos, serán simplemente seres extraños que quizá se mantengan en matrimonio solo por el interés económico; en la vida real hay muchas parejas que se separan definitivamente, muchos y muchas encuentran otra vez la felicidad en otro hombre o en otra mujer y hay casos en donde se comprometen y viven juntos; muchas veces aumentan más este desequilibrio las críticas que surgen de todas las personas de la comunidad, le cuentan a sus maridos que la mujer está ya con otro hombre, que está por un lado y por otro lado, que sale en las noches, etc., es un factor que ayuda a que las parejas lleguen a divorciarse, con la nefasta consecuencia en especial para los niños. (Conejo Arellano, 2008)

-Prácticas y valores culturales. Los migrantes influenciados por una educación alienante, por el capitalismo, por el individualismo, por los que consideran al dinero como único valor, y por la falta de conciencia en relación a su pueblo, son fáciles presas de cambios culturales rotundos; en relación a la alimentación ya no prefieren los alimentos de su comunidad, por ejemplo sopas de toda variedad ,tostado, mote, aguas aromáticas, los yuyus y los granos, prefiriendo mayormente consumir productos elaborados o comer papas fritas ,jamón, hot dogs, con ensaladas; etc, o, a lo mucho prefieren comer el arroz, luego café o coca cola. En la medicina ya no acuden a donde los tayta yachaks, o ya no conocen sobre las hiervas medicinales como su padre o su abuelito las conocía. En relación a la música ya no le gusta escuchar la música típica, según ellos, en especial los jóvenes es un desvalor escuchar esa música y deambulan en sus vehículos con un volumen alto para que los demás lo identifiquen como recién

llegados o como a alguien que es de poder económico. En relación a los vestidos ya no quieren poner los vestidos de su pueblo indígena, van cambiando por ropa americana, a veces hasta con aretes imitando el estilo hipi. Ya no quieren hablar la lengua kichwa, muchas veces incluso sabiendo la lengua, manifiestan no saber, o dicen que "solo entiende pero no habla", queriendo ocultar su verdadera identidad, del cual está sumamente arrepentido; pero en este caso ocurre un fenómeno muy raro, cuando estos jóvenes, en especial cuando se reúnen entre ellos ,beben licor, de borrachos empiezan a conversar y cantar en kichwa como una muestra de que el recuerdo de su identidad está vivo, lastimosamente el camino de la vida los llevó para que se sientan de esa forma; contradictoriamente prefieren hablar solo en castellano y muchos prefieren también hablar en inglés. (Conejo Arellano, 2008)

En términos ya de la comunidad son personas que ya no se juntan con los vecinos, muchas veces ni con los miembros de la misma familia, porque en ellos hay un proceso interno de extrañamiento de todo lo suyo, de la misma forma muchas personas de la comunidad prefieren mantener su distancia, ya sea porque ya lo consideran de otra clase social, porque en muchas tareas cotidianas ya no estuvieron juntos, ya no forman parte del grupo; etc, por una o por otra razón siempre van alejándose poco a poco. (Conejo Arellano, 2008)

En muchos pueblos indígenas del Ecuador es ésta la realidad, en unos pueblos menos y en otros pueblos con mayor fuerza, solamente algunos pueblos que han conseguido sobresalir identitariamente en su mismo pueblo, en su misma comunidad, los que han logrado sobresalir en el campo artesanal, en la música, en lo intelectual, en el proceso organizativo, han logrado salir adelante a pesar de ser grandes migrantes, en mayor y

en menor medida siempre se identifican en cualquier parte del mundo como indígenas, practican sus costumbres y hablan orgullosamente sus lengua, pero ejemplos como éste lo encontramos en muy pocos casos (Alberto, 2000) .

## **5.- FACTORES DETERMINANTES Y CONSECUENCIAS DEL ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR.**

### **5.1.- Factores que causan el abandono en el adulto mayor**

Entre los factores que causan el abandono familiar se encuentran:

- Las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales pueden provocar desgaste del “cuidador” o de toda la familia con el consecuente abandono del anciano.
- En la vejez frecuentemente existe algún grado de discapacidad principalmente del área motora, situación que puede generar dificultades para que se realice el apoyo familiar y se genere consecuentemente el abandono del anciano.
- El pertenecer al género femenino.
- La depresión en los ancianos ya que este conjuntamente con el abandono pueden desencadenar el suicidio en los adultos mayores, de allí la importancia en su diagnóstico.
- El estrés a consecuencia de crisis normativas y no normativas que se producen en el ciclo vital individual de cada adulto mayor.
- El inadecuado funcionamiento de la familia, este elemento es determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros, las familias disfuncionales pueden condicionar desinterés, mala atención o abandono del adulto mayor.

- La persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece.
- El anciano es padre o madre y recibe a su hijo (a) con su familia (allegados), los mismos que proceden a un inadecuado apropiamiento de este hogar, desplazando al anciano a dependencias reducidas tales como el ignorar de su opinión y/o en muchas situaciones se produce un ambiente de agresión tanto físico, verbal y psicológico. (Angeles, 2013)

## **5.2.- Consecuencias del abandono Familiar**

Toda acción tiene una consecuencia, todo acto tiene un por qué; y esto no es diferente en el abandono familiar a un adulto mayor. Una de las innumerables consecuencias es la pérdida de vínculos sociales que genera estar inmerso en esta situación. (Teresa, 1990)

Ha sido posible evidenciar un proceso de desvinculación progresiva de las familias, situación que también se da en el caso de las familias de origen.

En primer término, se observa que los conflictos al interior de la familia provocan el quiebre de la relación, expulsión de los hogares, abandono de los adultos mayores, falta de recursos y redes sociales de apoyo, hospedajes comerciales y solidarios, o bien a dormir en espacios públicos, tales como postes, parques, sitios abandonados, o la calle.

El estar en estas condiciones hace difícil retomar los vínculos familiares, ya sea por los problemas no resueltos, la dificultad de contactar a las familias, la falta de recursos,

o bien por la vergüenza de reconocer que están en esa situación, entre otras causas. Lo anterior lleva, en la mayoría de los casos, a la agudización de la pérdida de esos vínculos familiares, entendida como un distanciamiento permanente durante el tiempo, y la resignación frente a la imposibilidad de retomarlos en corto plazo.

Las personas que viven en la calle pero acompañados de su familia o parejas, tienen una vida diferente a aquellos que viven solos. Según lo que señala el estudio de MIDEPLAN (2009), vivir con los hijos o con una pareja en la calle, da a las personas una compañía afectiva muy importante en un contexto de soledad. A su vez, representa una fuerte motivación para no seguir viviendo en esas condiciones, ya que hay una preocupación porque el otro tenga una vida mejor.

## **6.- POLITICAS PÚBLICAS DISEÑADAS PARA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL ECUADOR.**

PROGRAMA/POLÍTICA	INSTITUCIÓN	AÑO DE INICIO	CONTENIDO/COBERTURA	DECLARACIÓN DE BRASILIA
Propuesta de Política Pública para personas Adultas Mayores	MIES	2011	La Política Pública para las personas Adultas Mayores se orienta a garantizar el ejercicio pleno de sus derechos, integrándolos plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural del país, a través de su participación y empoderamiento, junto al Estado sociedad civil y la familia. La política se encuentra en revisión.	La política es correspondiente con todos los temas planteados en la declaración de Brasilia, en las áreas Seguridad Económica, Salud y Entornos
Programa de Atención Integral Gerontológica	MIES	2011	El objetivo de este proyecto es conformar una red de servicios de atención integral del adulto mayor , que incluya un modelo de atención con servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso equitativo a los servicios de salud.</li> <li>- Supervisión de las</li> </ul>

			gerontológicos, que satisfagan los requerimientos de salud , nutrición, recreación ,ocupación ,promoción, defensa y restitución de derechos de esta población.	instituciones de larga estadía. - Creación de servicios de cuidados paliativos.
Jubilación Universal no Contributiva	MIES	2009 (Ajuste de aporte monetario)	Tiene como objetivo evitar la persistencia de la pobreza mediante la entrega de una compensación monetaria directa a los adultos mayores de acuerdo a un proceso de progresividad hasta llegar a la universalización. Es un aporte monetario de \$35 mensuales	-Aumento en la cobertura de sistemas de seguridad social no contributiva.
Red de Protección Solidaria	MIES	2008	Protección a toda persona que sufra enfermedades catastróficas o de alta complejidad.	-Acceso equitativo a los servicios de salud. Acceso a la Atención de Salud para las personas con VIH
Proyecto Adulto Mayor	MIES	2009	Este Proyecto promueve hábitos nutricionales saludables y entrega de complemento alimentario.	-Acceso equitativo a servicios de salud.
Campaña Nacional de Sensibilización	MIES	2011	Pretende visualizar la problemática actual del adulto mayor y movilizar a toda la población ecuatoriana en la búsqueda de un proceso de envejecimiento más digno y saludable.	Erradicación de discriminación y violencia en la vejez.
Planes y programas Direcciones Provinciales de Gerontología a nivel nacional	MIES	2011	A nivel general las Direcciones de gerontología, siguen los lineamientos de la de la Dirección Nacional, implementando proyectos y programas a nivel nacional.	En general se trabajan en la mayoría de temas planteados en la Declaración de Brasilia.
Seguro de Pensiones	IESS	2010	En el año 2010 se aprobó el alza de pensiones a los jubilados del Seguro Social.	-Aumento en la cobertura de sistema de seguridad social no contributiva.
Programa del Adulto mayor	IESS	2007	El programa realiza actividades en todas las provincias del Ecuador y está destinado a los jubilados del IESS en las áreas de promoción, prevención y cuidado integral de la salud de adultos mayores	Acceso equitativo a los servicios de salud.

Elaboración de Normas y Protocolos de Atención Integral al Adulto Mayor.	MSP	2010	Las normas y protocolos incluyen los procesos de atención de adulto mayor de acuerdo a sus diferentes patologías	Acceso equitativo a los servicios de salud
Plan de acción Interinstitucional para Personas Adultas Mayores	MSP	2011	El plan promueve el trabajo colectivo de las instituciones que trabajan con adultos mayores. Trabaja principalmente en salud, formación de recursos humanos e investigación	Acceso equitativo a los servicios de salud.
Programa de Atención Integral a personas adultas mayores	MSP	2007	El programa promueve la salud, mejorar calidad de vida en la comunidad, las unidades de atención hospitalaria y las áreas sociales.	Acceso equitativo a los servicios de salud
PLANDETUR	Ministerio de Turismo	2010	Se promueve el derecho del adulto mayor al turismo interno en el país	Erradicación de la discriminación y violencia en vejez.
Sistema de acogida a personas con Discapacidad severa	Vicepresidencia	2010	Se entrega el bono Joaquín Gallegos Lara de 240 dólares mensuales.	-Erradicación de la discriminación y violencia en la vejez - Acceso equitativo a los servicios de salud
Misión Solidaria Manuela Espejo	Vicepresidencia	2009	Uno de los componentes es viviendas accesibles y equipadas para personas con discapacidad.	-Accesibilidad del espacio público y adaptación de las viviendas.
Aplicación de deducibles y exoneración del pago de impuestos	Sistema de Rentas Internas SRI	2010	Devolución del impuesto al valor agregado con un monto máximo mensual, aplicación de deducible en el impuesto a la renta.	
Programa Salud Integral de Adultos Mayores y personas con Discapacidad 60 y piquito.	Ilustre Municipio de Quito	2011	Promueve al apoyo a la persona adulta mayor, su familia, a su integración social y comunitaria.	Erradicación de la discriminación y violencia en vejez. Acceso equitativo a los servicios de salud.

Fuente: Ley Orgánica de la Función Legislativa Art.55 (Proyecto de Ley Orgánica de Defensa Prioritaria de los Derechos de los Adultos Mayores. Quito, 2014.

Autor: Dr. Ramiro Rivadeneira Silva, Defensor del Pueblo.

## **OPCIONES DE ACOGIDA EN LA PROVINCIA DE IMBABURA**

Existen varios organismos no gubernamentales que brindan acogida y atención a las adultas y/o adultos mayores de nuestra provincia. En el cantón Antonio Ante en la parroquia de Natabuela se halla el Hogar del Siervo Sufriente el mismo que está a

cargo de Sor Teresita Rivera quien ha aportado con sus bienes y entrega voluntaria, este centro no es de atención exclusiva al adulto mayor ya que alberga a personas en diversas circunstancias que no gozan de la protección y calor de una familia.

#### CENTROS DE ACOGIDA DE LA PROVINCIA DE IMBABURA

Zona	Provincia	Cantón	Parroquia	Institución
1	Imbabura	Ibarra	San Francisco	La Compañía de hijas de la caridad San Vicente de Paul – Asilo de ancianos León Ruales
1	Imbabura	Ibarra	San Francisco	Monasterio Santa Clara de Sta. María de los Ángeles
1	Imbabura	Pimampiro	Pimampiro	Asociación Vida Nueva del cantón Pimampiro
1	Imbabura	Otavalo	San Luis	La Cruz Roja cantonal de Otavalo
1	Imbabura	Otavalo	San Luis	Fundación manos amigas
1	Imbabura	Cotacachi	Sagrario	El hogar de anciano Carmen Ruiz de Echeverría

Fuente: [www.inclusion.gob.ec/2013/10/ADULTO/MAYOR/ONG.xls.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/2013/10/ADULTO/MAYOR/ONG.xls.pdf)  
 Autores: Ministerio de Inclusión Social del Ecuador.

### **CAPITULO III**

#### **METODOLOGIA**

El tema del estudio es “FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR EN DIFERENTES ETNIAS DE LA PARROQUIA SAN ROQUE, CANTON ANTONIO ANTE, PROVINCIA DE IMBABURA. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016”, por lo que la pregunta de investigación propuesta fue: ¿cuáles son los factores biopsicosociales y las características familiares asociados al abandono de las personas adultas mayores de la parroquia de San Roque, cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura?

Se planteó como objetivo general el establecer las causas que generan abandono en las personas adultas mayores de diferentes grupos étnicos de la parroquia San Roque identificando los efectos que éste genera, contribuyendo con herramientas de detección temprana para que los equipos de salud el primer nivel desarrollen acciones preventivas que atiendan esta problemática.

Mientras que los objetivos específicos fueron:

- 1.- Identificar socio demográficamente a las personas adultas mayores que viven en abandono.
- 2.- Definir los factores de riesgo más importantes que conllevan al abandono de las personas adultas mayores
- 3.- Determinar en qué grupo étnico se presenta mayor número de casos de abandono a personas adultas mayores.
- 4.- Detallar una herramienta de detección temprana relacionada al abandono de las personas adultas mayores, para el personal de primer nivel de atención.

La hipótesis planteada es que la disfunción familiar, el riesgo social, la funcionalidad del adulto mayor, el nivel elevado de esfuerzo realizado por el cuidador y el maltrato son las principales causales de abandono del adulto mayor en la parroquia de San Roque, cantón Antonio Ante, provincia de Imbabura, con un predominio en la etnia mestiza de la población.

La población adulta mayor de la parroquia está formada por 930 personas que constituyen el universo. El cálculo muestral aplicando la fórmula correspondiente y tomando en cuenta una variabilidad en los participantes del 50%, con un margen de error de 5% y un nivel de confianza del 95% lo que permitió establecer una muestra de 384 personas.

Se realizó además un muestreo estratificado para equilibrar lo urbano y rural así como entre hombres y mujeres participantes en el estudio.

De las 930 historias clínicas de los adultos mayores del Centro de salud de San Roque, se aplicó un muestreo aleatorio simple en serie de tres para la selección de la muestra, posteriormente a cada participante se le aplicaron los instrumentos de valoración geriátrica y maltrato.

Se trató de un estudio cuantitativo con un diseño de investigación analítica de corte (Cross-sectional) que ofreció una aproximación a la causalidad del abandono de personas adultas mayores a la fecha, partiendo del efecto a la causa.

Los datos fueron obtenidos a través de una encuesta que fue aplicada a las personas adultas mayores y a sus cuidadores mediante visitas domiciliarias, se la aplicó de forma privada, para obtener los datos con la mayor credibilidad y confidencialidad, cuando

esto no fue posible se la aplicó al familiar o cuidador más cercano al paciente, procurando además que el sitio donde se la realizó sea el más óptimo.

Estas herramientas se aplicaron durante los meses de septiembre a noviembre del 2016 a todas las personas adultas mayores de las distintas etnias, del casco urbano y de las comunidades rurales de la parroquia San Roque. Los datos fueron valorados según la interpretación de las escalas que constan en cada uno de los instrumentos. Se contó con la colaboración de los Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS), quienes nos orientaron solo en la dirección y ubicación de las personas adultas mayores, pero que no tuvieron acceso a la información obtenida.

El análisis de la información partió de la caracterización sociodemográfica de las personas adultas mayores y de las siguientes escalas:

El APGAR FAMILIAR cuya validación se efectuó en 1978 para establecer correlaciones con el “Pless-Satterwhite Family Function Index”, con estimativos de función familiar por psicólogos. La validación mostró índice de correlación de 0.80 entre el APGAR y el Pless-Satterwhite y de 0.64 entre el APGAR y estimación por psicólogos. Este instrumento fue diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, es útil en identificar familias en riesgo de disfunción familiar, la información se recolecta por medio de un cuestionario de 5 preguntas y 4 opciones de respuesta diseñadas para evaluar la satisfacción de los miembros de la familia con cada uno de los componentes de la función familiar se puede aplicar en cualquier estrato socioeconómico y nivel sociocultural.

La puntuación es de 1 a 4 según la satisfacción propuesta y si lo cumplen parcial o totalmente, luego se suma de forma vertical y se interpreta: 18 a 20 Familia funcional, 14 a 17 disfunción leve, 10 a 13 disfunción moderada, menor de 10 disfunción severa.

La ESCALA DE BARTHEL que valora las actividades de la vida diaria, su validación se demuestra mediante evidencias indirectas que permiten realizar valoraciones de la llamada “validez de constructo” o validez de concepto. La validez de constructo es el grado en que una medida es compatible con otras medidas con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada, por ejemplo se ha observado que la escala de Barthel original es un buen predictor de la mortalidad, tal vez por su acierto al medir discapacidad, condición ésta que presenta una asociación fuerte y consistente con una mayor mortalidad.

En cuanto a la sensibilidad, la escala ha demostrado su capacidad de detectar cambios en el estado funcional del paciente, aunque en los extremos de discapacidad o independencia pierde mucha de esta sensibilidad (lo conocido como efectos techo y suelo) en aquellas personas con puntuaciones intermedias los cambios son fácilmente detectados. El Índice de Barthel ha sido recomendado por el Royal College of Physicians of London y por la British Geriatrics Society como patrón para la valoración de las actividades de la vida diaria (AVD) en las personas ancianas debido a sus buenas características, su bajo coste de aplicación y su potencial utilidad para el seguimiento de la evolución de los pacientes.

Se basa en los datos obtenidos en 10 aspectos de la actividad diaria calificadas con un puntaje de 10, 5 o 0 si es que realiza o no la actividad descrita, posteriormente se realiza la sumatoria del puntaje y se interpreta según los resultados así: 0 a 20 dependencia

total, 25 a 60 dependencia severa, 65 a 90 dependencia moderada, 95 dependencia leve, 100 independencia.

La ESCALA DE LAWTON Y BRODY (Lawton y Brody 1969) es la escala más utilizada a nivel mundial para valorar funcionalmente a la persona de la tercera edad. Esta escala se halla validada a nuestro medio (Chile), posee un criterio de puntuación sencillo, disminuye niveles de gravedad, la información es recogida directamente por el profesional, la aplicación es breve, ha sido recomendada por la Royal College of Physicians of London y el British Geriatrics Society.

Su forma de puntuación se basa en la sumatoria de 8 aspectos instrumentales que llevan a cabo los pacientes, se les otorga 1 punto o 0 puntos dependiendo de la actividad realizada y el resultado final al sumar todos los aspectos se interpreta así: 0 – 1 dependencia total, 2-3 dependencia severa, 4-5 dependencia moderada, 6-7 dependencia ligera, 8 independencia.

La ESCALA DE PFIFFER está entre los cuestionarios de cribado más recomendados y utilizados para la evaluación de la función cognitiva en personas mayores. También llamado Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer evalúa la memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad para realizar un trabajo matemático seriado. Su utilidad estriba en que es una prueba de fácil administración, que no requiere ningún material específico para su cumplimentación y es aplicable a personas de bajo nivel de escolarización. Por otro lado, su sensibilidad (S) y especificidad (E) es elevada (S = 91%, E = 90%), y puede ser un instrumento de apoyo para el diagnóstico y seguimiento de las medidas terapéuticas y de la evolución de la enfermedad.

Esta escala consta de 11 preguntas con las siguientes alternativas de respuestas Si es capaz (0), Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo (0), Con alguna dificultad pero puede hacerlo (1), Nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora (1), Necesita ayuda (2), No es capaz (3). Mediante una sumatoria vertical obtendremos una puntuación máxima de 33, si la suma es de 6 puntos o más sugiere déficit cognitivo.

La ESCALA DE GUIJÓN se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems. El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. La probabilidad de riesgo es 78, la sensibilidad es 15.50, y la especificidad es 99.80.

Se basa en cinco aspectos calificados según la presencia de riesgo o no del 1 al 5 puntuación que se suma al final interpretándose como riesgo social mayor o igual a 16 puntos.

La ESCALA DE ESFUERZO DEL CUIDADOR (IEC) presenta una sensibilidad del 100% (IC 95%: 59-100%), una especificidad del 72% (IC 95%: 50,6-88%) y un coeficiente de probabilidad (CPP) de 2,63. Si el punto de corte para el diagnóstico fuese 38 obtendría una sensibilidad (S) del 100% (IC 95%: 59,0-100), especificidad (E) de 84% (IC 95%: 63,9- 95,5) y un CPP de 6,25.

Es una escala de respuestas dicotómicas con una puntuación sencilla si = 1 punto, no = 0 puntos, la interpretación es mayor o igual a 7 presencia de más esfuerzo del cuidador.

La ESCALA DE MALTRATO DE GUIRALDO RODRÍGUEZ fue validada en México en un estudio realizado para detectar el maltrato en adultos mayores de esa

población, se obtuvo una sensibilidad del 83% y se encontró que el 10,23% de adultos eran abandonados.

La interpretación depende de la primera pregunta (a) ya que si la respuesta es sí se continua a las siguientes preguntas de las columnas b, c, d y e, se procederá de la misma manera en todos los acápite divididos en maltrato físico, psicológico, económico, negligencia y sexual, la suma de los resultados positivos darán la conclusión, si es mayor o igual de 22 existe maltrato.

Se utilizó la estadística inferencial que permitió establecer la relación entre los factores de riesgo y el abandono, teniendo como resultado el odds ratio y la proporción de prevalencia, se tuvo como prueba de significancia de la hipótesis el chi cuadrado. El programa utilizado fue el SPSS versión 23 que nos permitió obtener tablas de frecuencias en distintos formatos.

Las variables correlacionadas fueron las sociodemográficas, la funcionalidad familiar, la funcionalidad del adulto(a) mayor, el riesgo social y el esfuerzo del cuidador.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

Se aplicó una encuesta a 384 adultos mayores sobre datos sociodemográficos, apgar familiar, escala de actividades de la vida diaria, escala de actividades instrumentales, escala de función cognitiva, escala de riesgo social, escala de esfuerzo del cuidador y la escala de maltrato negligencia (abandono), lo que permitió identificar las características individuales y familiares de los participantes. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

#### **ESTADISTICA DESCRIPTIVA**

**Tabla 1.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según edad.

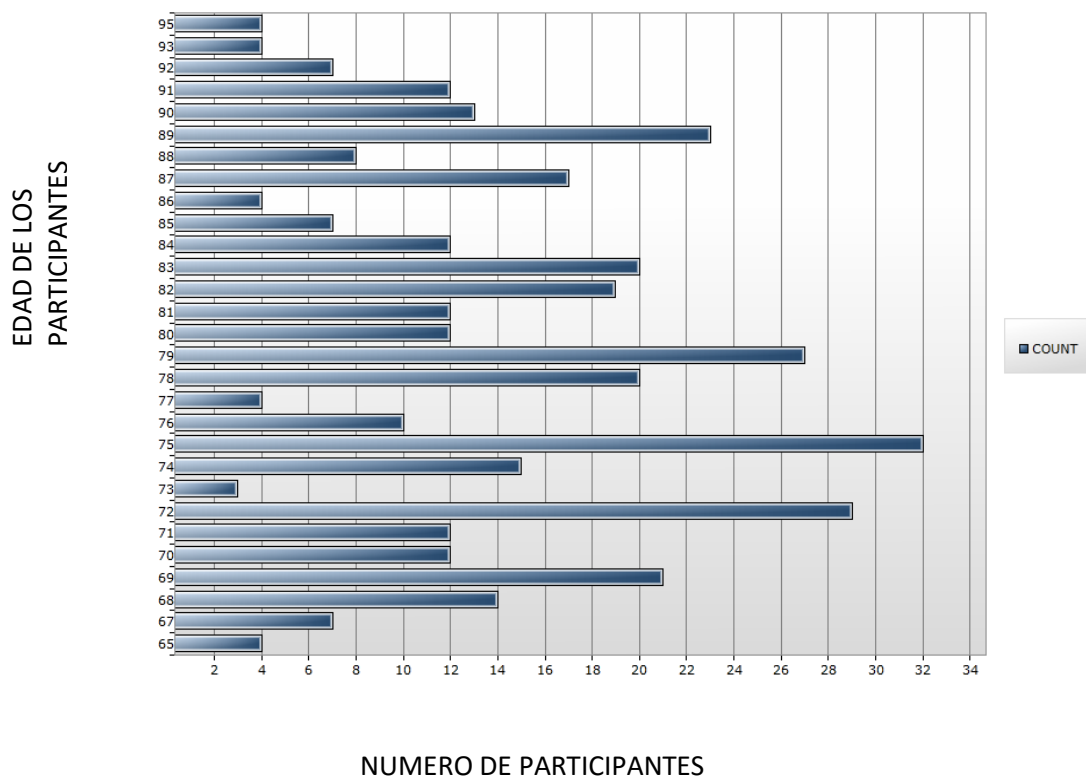
Septiembre-Noviembre 2016.

<b>EDAD EN AÑOS</b>	<b>NUMERO DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULADO</b>
65	4	1,04%	1,04%
67	7	1,82%	2,86%
68	14	3,65%	6,51%
69	21	5,47%	11,98%
70	12	3,13%	15,10%
71	12	3,13%	18,23%
72	29	7,55%	25,78%
73	3	0,78%	26,56%
74	15	3,91%	30,47%
75	32	8,33%	38,80%
76	10	2,60%	41,41%
77	4	1,04%	42,45%
78	20	5,21%	47,66%
79	27	7,03%	54,69%
80	12	3,13%	57,81%
81	12	3,13%	60,94%
82	19	4,95%	65,89%
83	20	5,21%	71,09%
84	12	3,13%	74,22%
85	7	1,82%	76,04%
86	4	1,04%	77,08%
87	17	4,43%	81,51%
88	8	2,08%	83,59%
89	23	5,99%	89,58%
90	13	3,39%	92,97%
91	12	3,13%	96,09%
92	7	1,82%	97,92%
93	4	1,04%	98,96%
95	4	1,04%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>384</b>	<b>100,00%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

VALORES DE FRECUENCIA	
MEDIA	80
VARIANZA	74,57142857
VALOR MINIMO	65
DESV. ESTANDAR	8,635475006
VALOR MAXIMO	95
MODA	75
MEDIANA	80

**Gráfico No.1.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según edad. Septiembre-Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

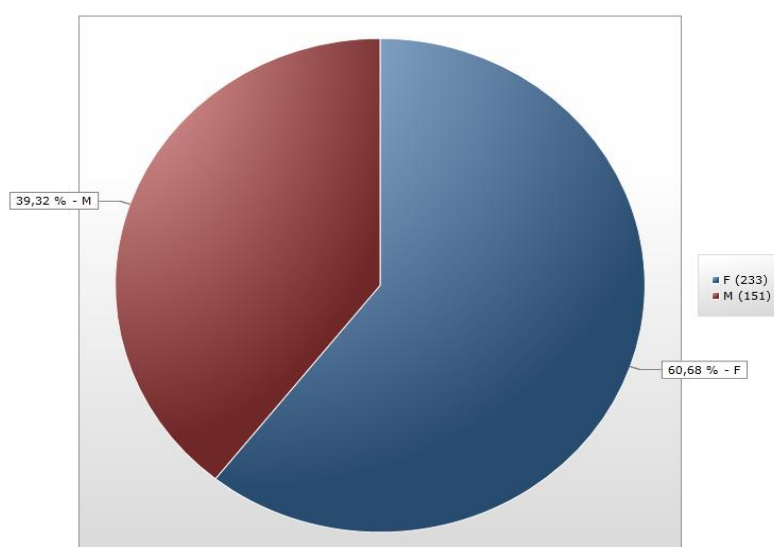
En el gráfico No. 1, se observa que el total de adultos participantes en el estudio tienen una edad entre 65 a 95 años, de los cuales la mayoría tienen 72, 75, 79 y 89 años de edad. Además de tratarse de una muestra simétrica ya que los valores de la mediana y la media son iguales.

**Tabla 2.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según sexo. Septiembre-Noviembre 2016.

SEXO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
FEMENINO	233	60,68%	60,68%
MASCULINO	151	39,32%	100,00%
TOTAL	384	100,00%	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

**Gráfico No. 2.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según sexo. Septiembre-Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

En el gráfico 2, se deduce que de la muestra poblacional de 384 adultos mayores, el 61% son de sexo femenino y el 39 % son de sexo masculino, manteniendo la tendencia de la población en general.

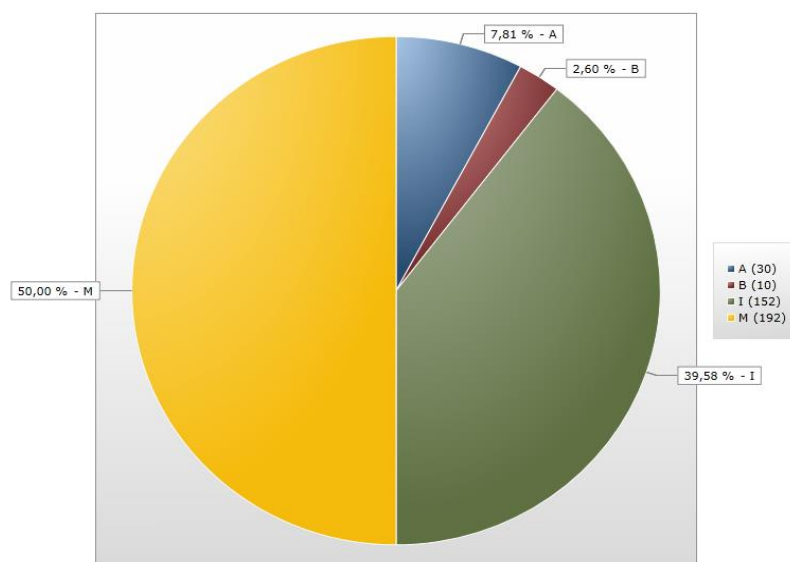
**Tabla 3.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según auto identificación étnica. Septiembre-Noviembre 2016.

<b>AUTOIDENTIFICACION ETNICA</b>	<b>NUMERO DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULADO</b>
AFRODESCENDIENTE	30	7,81%	7,81%
BLANCO	10	2,60%	10,42%
INDIGENA	152	39,58%	50,00%
MESTIZO	192	50,00%	100,00%
TOTAL	384	100,00%	100,00%

A: Afrodescendiente, B: blanco, I: indígena, M: mestizo.

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

**Gráfico No.3.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según auto identificación étnica Septiembre-Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

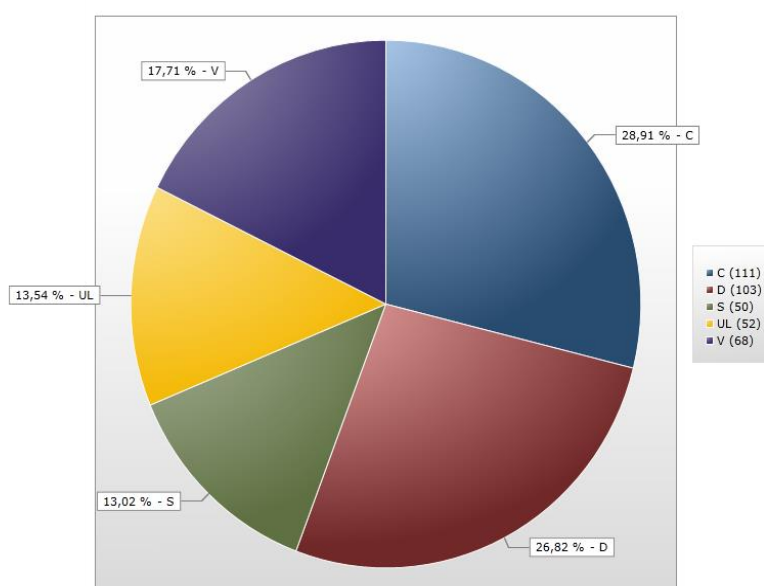
El 50 % de los participantes se auto identifica con la etnia mestiza, seguido del 39,5 % que se auto identificaron como indígenas, 7,81% como afrodescendientes y solo un 2,6 % como blancos. Si bien la auto identificación mestiza es predominante en nuestro país con un 71,9%, que se relaciona con los resultados de este estudio, hay diferencias entre los demás grupos étnicos ya que a nivel nacional hay una similitud de distribución entre indígenas, afrodescendientes y montubios (7%), los blancos con un 6% y otros en 0,4%. (INEC, 2011)

**Tabla 4.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según estado civil. Septiembre-Noviembre 2016.

ESTADO CIVIL	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CASADO	111	28,91%	28,91%
DIVORCIADO	103	26,82%	55,73%
SOLTERO	50	13,02%	68,75%
UNION ESTABLE	52	13,54%	82,29%
VIUDO	68	17,71%	100,00%
TOTAL	384	100,00%	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

**Gráfico No.4.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según estado civil. Septiembre-Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

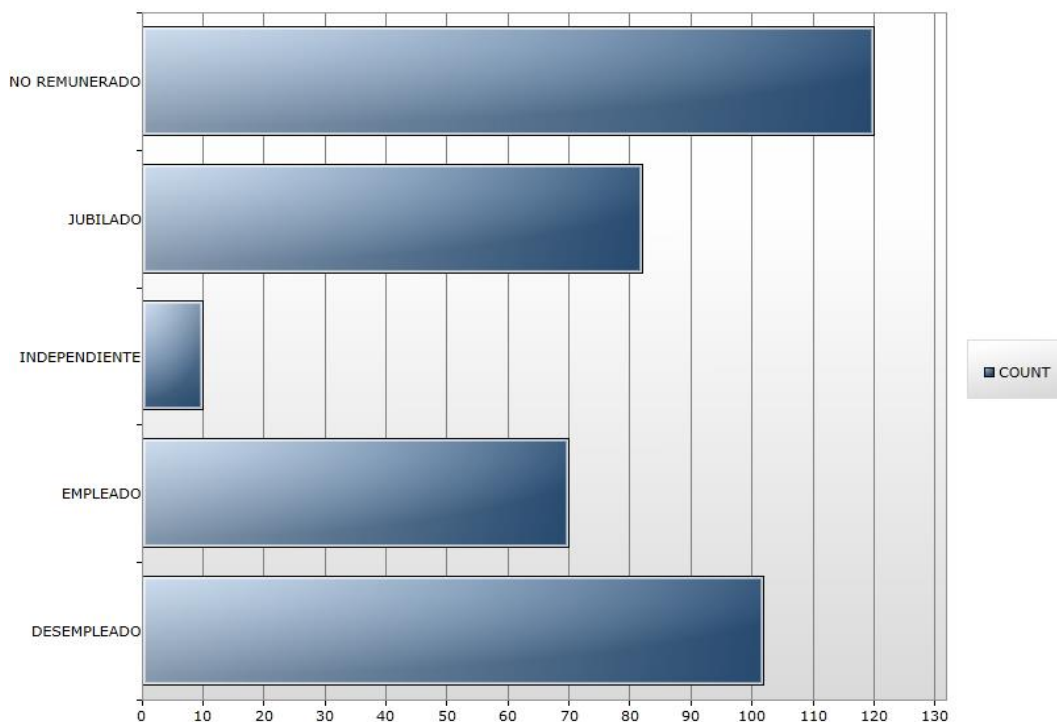
En el gráfico 4 se observa el estado civil de los adultos mayores, de los cuales el 28,9% se encuentran casados, seguido de los divorciados con el 26,82 %, el 17,71% están viudos, en un 13,54% unión libre y el 13,02% son solteros.

**Tabla 5.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según tipo de ocupación. Septiembre-Noviembre 2016.

<b>OCUPACION</b>	<b>NUMERO DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULADO</b>
DESEMPLEADO	102	26,56%	26,56%
EMPLEADO	70	18,23%	44,79%
INDEPENDIENTE	10	2,60%	47,40%
JUBILADO	82	21,35%	68,75%
NO REMUNERADO	120	31,25%	100,00%
TOTAL	384	100,00%	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

**Gráfico No.5.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según tipo de ocupación. Septiembre-Noviembre 2016.



NUMERO DE PARTICIPANTES

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

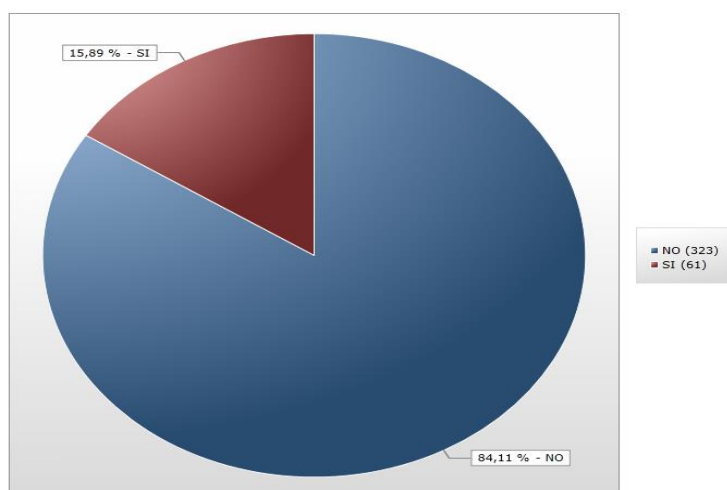
En el gráfico 5, se evidencia un gran porcentaje de participantes el 31,25% tienen una ocupación domiciliaria no remunerada, es decir realizan labores del hogar, seguido en un (26,56%) están los adultos mayores desempleados y los jubilados 21,35% que de alguna u otra forma reciben una remuneración, encontramos un grupo más reducido que tienen empleo (18,23%) y finalmente 2,6% son independientes económicamente

**Tabla 6.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque que tienen familiares migrantes. Septiembre-Noviembre 2016.

FAMILIAR MIGRANTE	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	61	15,89%	15,89%
NO	323	84,11%	100,00%
TOTAL	384	100,00%	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

**Gráfico No.6.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque que tienen familiares migrantes. Septiembre-Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

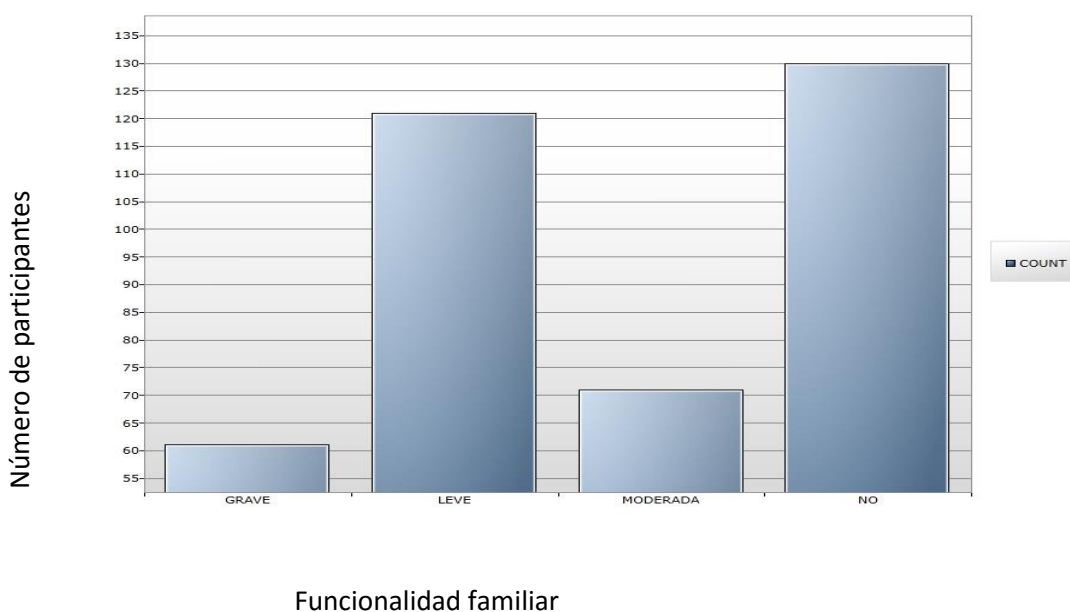
Se observa que un porcentaje bajo de adultos mayores (15.89%) tiene un familiar fuera del país o de la provincia.

**Tabla 7.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según funcionalidad familiar. Septiembre-Noviembre 2016.

<b>DISFUNCION FAMILIAR</b>	<b>NUMERO DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULADO</b>
NO	130	33,94%	33,94%
LEVE	121	31,59%	65,53%
MODERADA	71	18,54%	84,87%
SEVERA	61	15,93%	100,00%
TOTAL	384	100,00%	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

**Gráfico No.7.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según funcionalidad familiar. Septiembre-Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

Como se usó el APGAR familiar como instrumento de valoración de la funcionalidad familiar, obtuvimos cuatro grupos definidos de participantes: uno que NO tenía disfunción familiar (18 a 20 puntos), uno con disfunción familiar leve (14 a 17 puntos), uno con disfunción familiar moderada (10 a 13 puntos) y uno con disfunción familiar severa (menos de 10 puntos), como se puede evidenciar en la tabla 7.

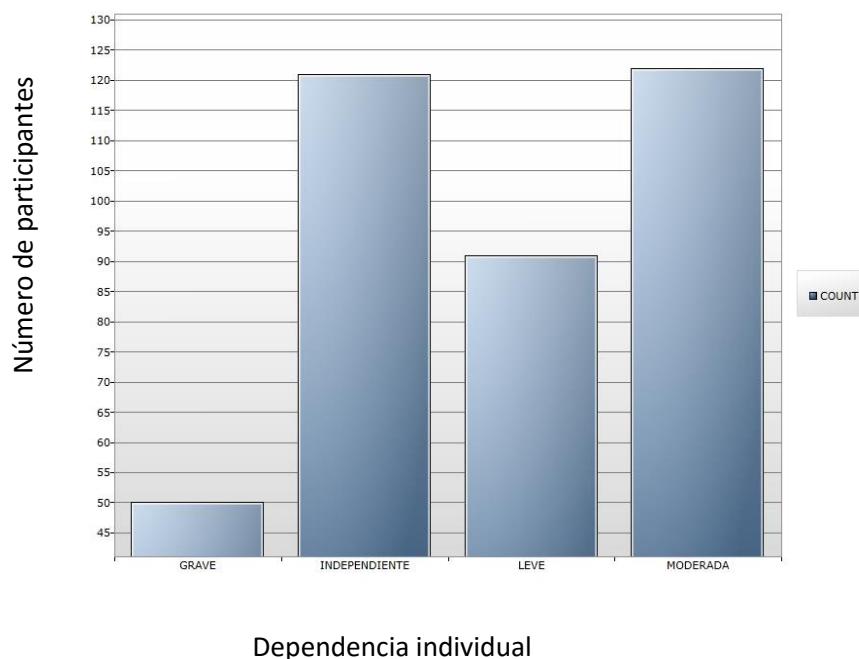
Acorde a la figura 7 se deduce que existen diversos tipos de disfunción familiar, aunque el mayor porcentaje (33,94%) calificó como familias funcionales, también se pudo observar patrones de disfunción marcados leve (31,59%), moderada (18,54%) y severa (15,93%).

**Tabla 8.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según dependencia individual. Septiembre-Noviembre 2016.

DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
INDEPENDIENTE	121	31,51%	31,51%
LEVE	91	23,70%	55,21%
MODERADA	122	31,77%	86,98%
GRAVE	50	13,02%	100,00%
TOTAL	384	100,00%	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

**Gráfico No.8.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según dependencia individual. Septiembre-Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

Para analizar esta variable se utilizaron tres escalas: la escala de Barthel o de Actividades de la Vida Diaria, la escala de Lawton y Brody o de Actividades Instrumentales y la escala de Pfiffer o de deterioro cognitivo. Se tomó en cuenta el grado de dependencia mayor que en cualquiera de las tres escalas haya alcanzado, es decir se calificó como dependencia a la alteración física básica, instrumental o cognitiva que afecte el desenvolvimiento normal del participante.

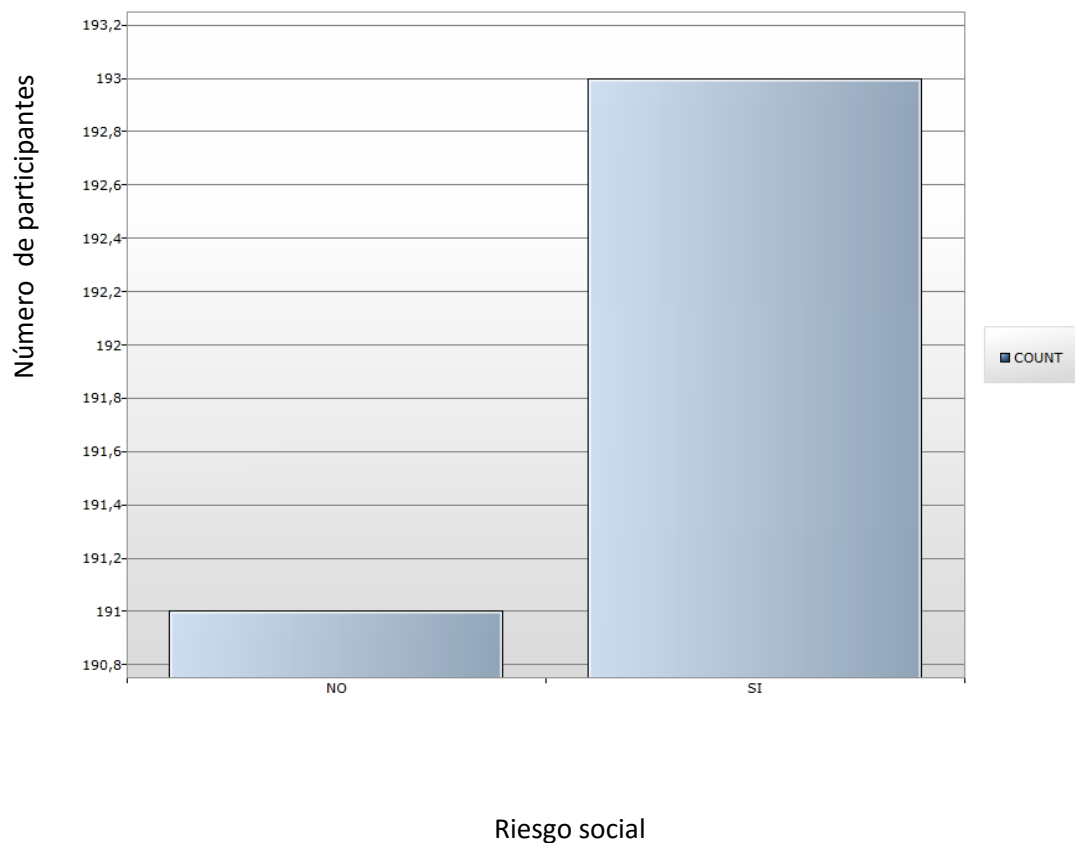
Según a la figura 8 se analiza que del total de adultos mayores el (31,51%) son independientes; presentan dependencia leve (23,7%), moderada (31,77%) y Grave (13,02%).

**Tabla 9.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según presencia o ausencia de riesgo social. Septiembre-Noviembre 2016.

<b>RIESGO SOCIAL</b>	<b>NUMERO DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULADO</b>
>16 puntos	193	50,26%	50,26%
<16 puntos	171	49,74%	100,00%
<b>TOTAL</b>	<b>384</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

**Gráfico No.9.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según presencia o ausencia de riesgo social. Septiembre-Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

Al constar de 5 ítems que valora situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de redes, el riesgo social se valoró como que si existe siempre y cuando haya una puntuación total de más de 16 puntos, mientras que si presento una puntuación menor a 16 se le catalogo como ausencia de riesgo social.

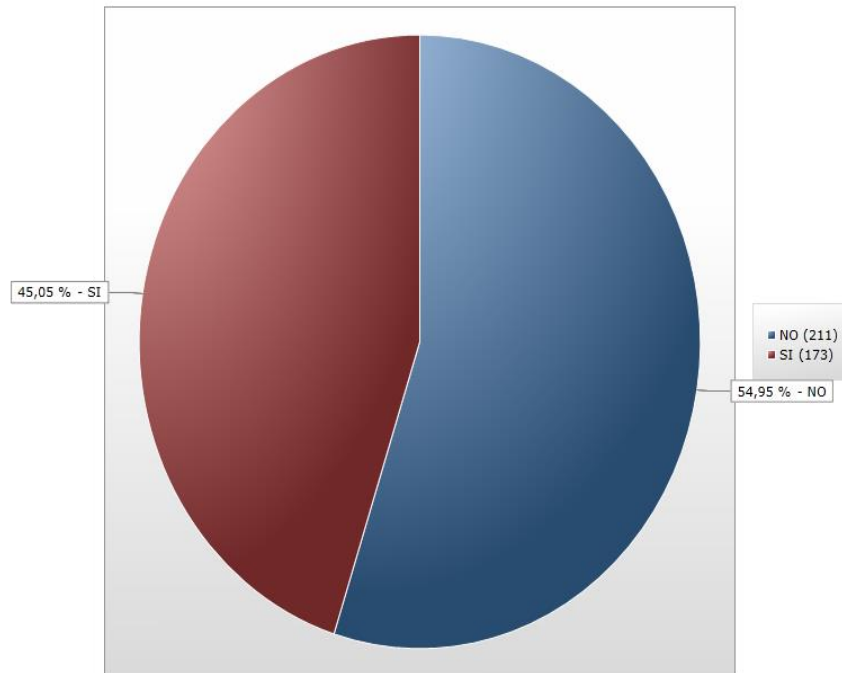
Al ser una comunidad que compromete en su mayoría áreas rurales, se evidencia que los adultos mayores de estas áreas presentan un riesgo social del 50,26%, que puede ser influido por necesidades básicas insatisfechas, una economía deficiente, falta de educación y la carencia de un núcleo familiar bien constituido.

**Tabla 10.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según el grado de cansancio del cuidador. Septiembre-Noviembre 2016.

<b>CANSANCIO DEL CUIDADOR</b>	<b>NUMERO DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULADO</b>
SI	173	45,05%	45,05%
NO	211	54,95%	100,00%
TOTAL	384	100%	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

**Gráfico No.10.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según el grado de cansancio del cuidador. Septiembre-Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

Se usó una escala sencilla de preguntas dicotómicas con puntuación de 1 o 0 según las respuestas, obteniéndose un valor de 7 o mayor presencia de esfuerzo del cuidador, menor de 7 ausencias de esfuerzo del cuidador.

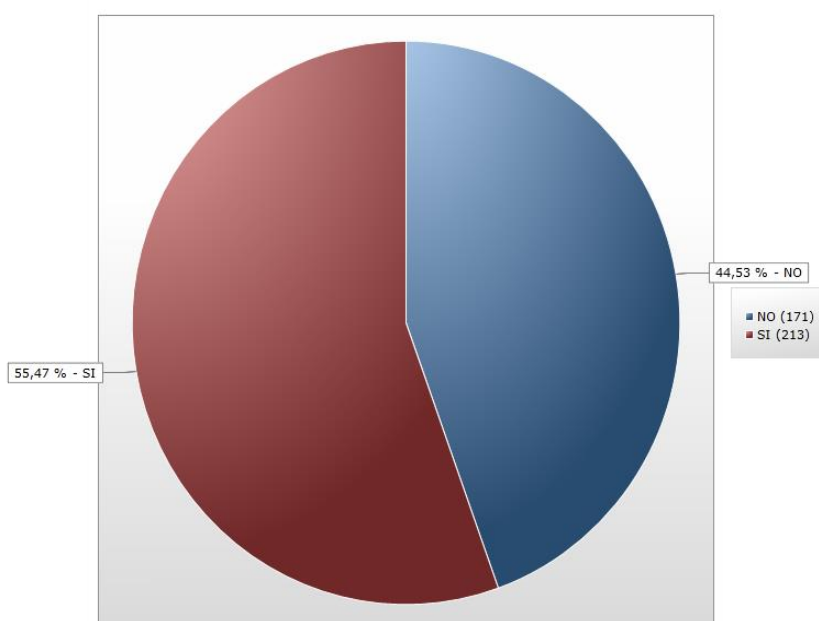
Como podemos observar en la figura 10, el grado de esfuerzo del cuidador marca que casi la mitad de la población independientemente del estado de salud u otros factores del adulto mayor tienen un alto grado de cansancio por parte del cuidador (45,05%).

**Tabla 11.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según presencia de abandono. Septiembre-Noviembre 2016.

ABANDONO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	213	55,47%	55,47%
NO	171	44,53%	100,00%
TOTAL	384	100,00%	100,00%

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

**Gráfico No.11.-** Distribución de los adultos mayores de la parroquia San Roque según presencia de abandono. Septiembre-Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

La escala de Guiraldo Rodriguez valora distintos tipos de maltrato, dentro de ellos la negligencia que al ser sinónimo de abandono, fue el pilar de nuestro estudio. Con una

puntuación mayor de 22 puntos en su totalidad o 2/4 en el acápite de negligencia se tiene el resultado de que existe o no abandono.

Uno de los signos alarmantes que nos dio pie a la realización de este estudio es el gran impacto que tiene el abandono dentro de la población de adultos mayores de la parroquia de San Roque (figura 11), con un porcentaje del 55,47% Corroborando con los datos calculados mediante la estadística aplicada.

## ESTADISTICA INFERENCIAL

**Tabla 12.-** Análisis bivariado entre edad y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

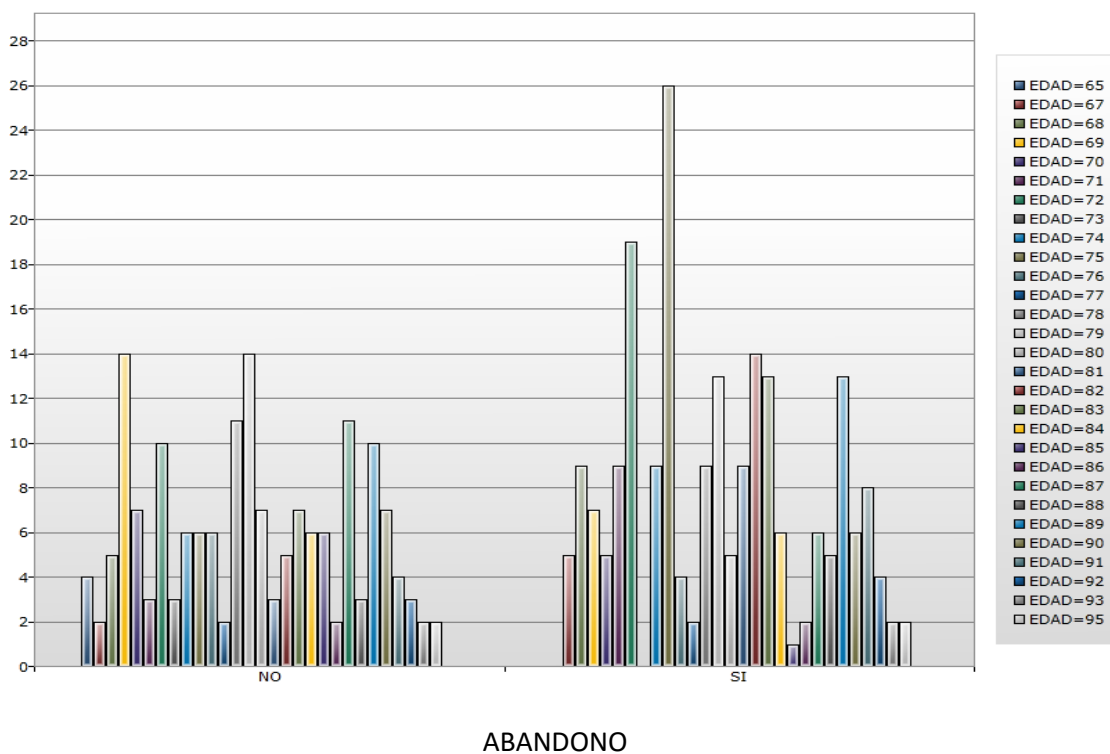
EDAD/ABANDONO	SI	NO	TOTAL
65	0	4	4
67	5	2	7
68	9	5	14
69	7	14	21
70	5	7	12
71	9	3	12
72	19	10	29
73	0	3	3
74	9	6	15
75	26	6	32
76	4	6	10
77	2	2	4
78	9	11	20
79	13	14	27
80	5	7	12
81	9	3	12
82	14	5	19
83	13	7	20
84	6	6	12
85	1	6	7
86	2	2	4
87	6	11	17
88	5	3	8
89	13	10	23
90	6	7	13
91	8	4	12
92	4	3	7
93	2	2	4
95	2	2	4
TOTAL	213	171	384

ANALISIS	CHI 2	VALOR DE P
Chi 2 Yates	44,63	0,0751

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

Al tener un valor de p mayor a 0,05, se obtiene que el resultado no es significativo por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son independientes, no existe relación entre ellas. Es decir el Adulto mayor no es abandonado a consecuencia del factor edad.

**Gráfico No.12.-** Análisis bivariado entre edad y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

Si bien el maltrato se evidencia en cada una de las edades no existe una correlación directa que justifique que a mayor o menor edad exista mayor abandono, es por ese motivo que no se le asocia como factor desencadenante de abandono.

**Tabla 13.-** Análisis bivariado entre sexo y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

SEXO/ ABANDONO	SI	NO	TOTAL
FEMENINO	107	85	192
MASCULINO	106	86	192
TOTAL	213	171	384

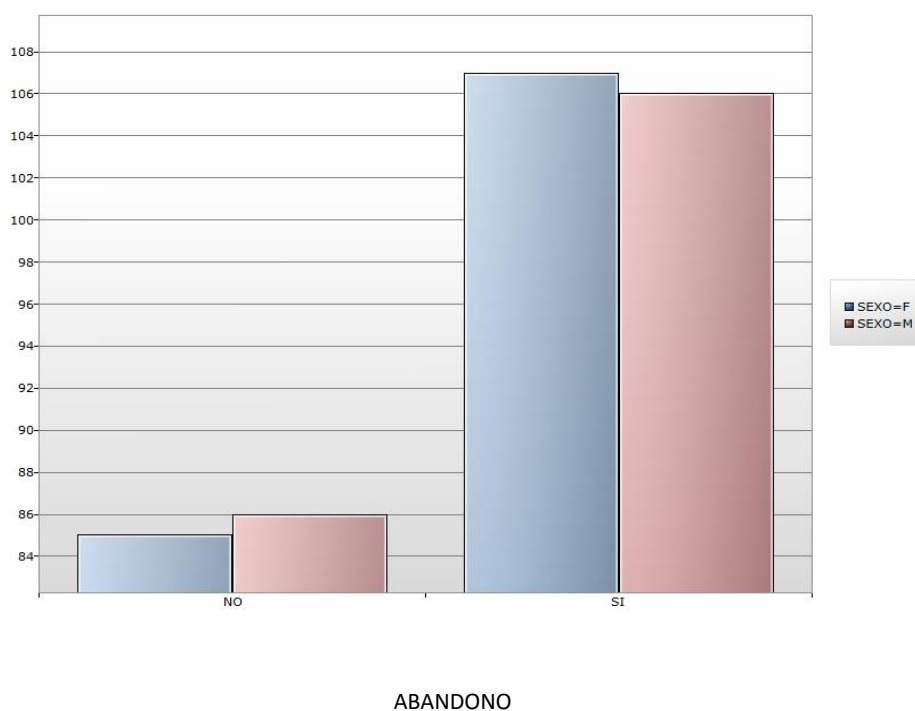
	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA	
	ESTIMADO	MENOR	MAYOR
ODDS RADIO	0,97	0,65	1,46
	ANALISIS	CHI 2	VALOR DE P
		0,01	0,9

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

Siendo el resultado de Odds Radio menor a 1 y el valor de p que significa probabilidad nos da un valor mayor a 0,05, observamos que las variables no son dependientes entre si es decir que la presencia del factor sexo no se asocia con mayor ocurrencia de maltrato

**Gráfico No.13.-** Análisis bivariado entre sexo y abandono en los adultos mayores.

Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

El abandono como maltrato negligencia se puede evidenciar equitativamente en los dos grupos de estudio, es decir existe abandono independientemente del sexo de los adultos mayores.

**Tabla 14.-** Análisis bivariado entre auto identificación étnica y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque. Septiembre – Noviembre 2016.

ETNIA	SI	NO	TOTAL
AFRODESCENDIENTE	20	10	30
BLANCO	0	10	10
INDIGENA	61	91	152
MESTIZO	132	60	192
TOTAL	213	171	384

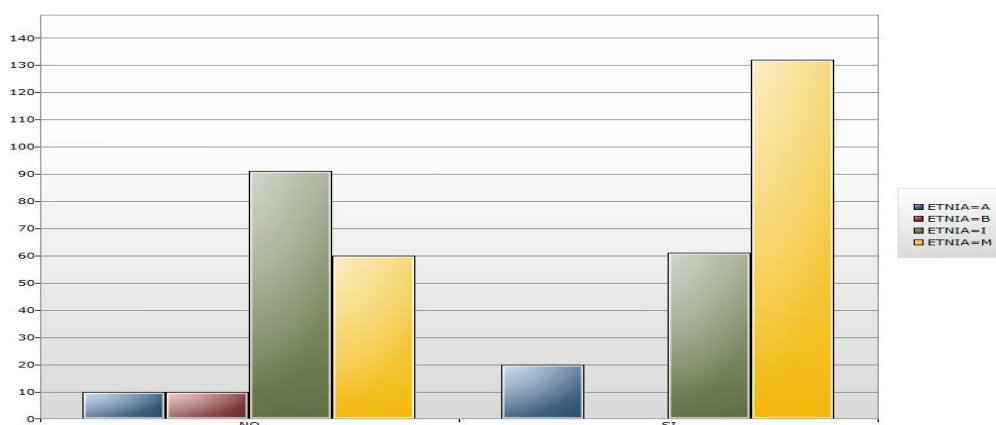
En donde A: afrodescendiente, B: blanco, I: indígena y M: mestizo

ANALISIS	CHI 2	VALOR DE P
Chi 2 Yates	42,16	0,04

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

El valor de p es de 0,04 es decir ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas. Los adultos mayores mestizos presentan mayor cantidad de abandono.

**Gráfico No.14.-** Análisis bivariado entre auto identificación étnica y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque. Septiembre – Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

Aquí se evidencia una mayor incidencia de abandono en los pacientes de raza mestiza frente a la indígena, blancos y afrodescendientes, esto indica que todavía existen factores culturales que están presentes en la etnia indígena que protegen como tal al adulto mayor.

**Tabla 15.-** Análisis bivariar entre estado civil y abandono en los adultos mayores.

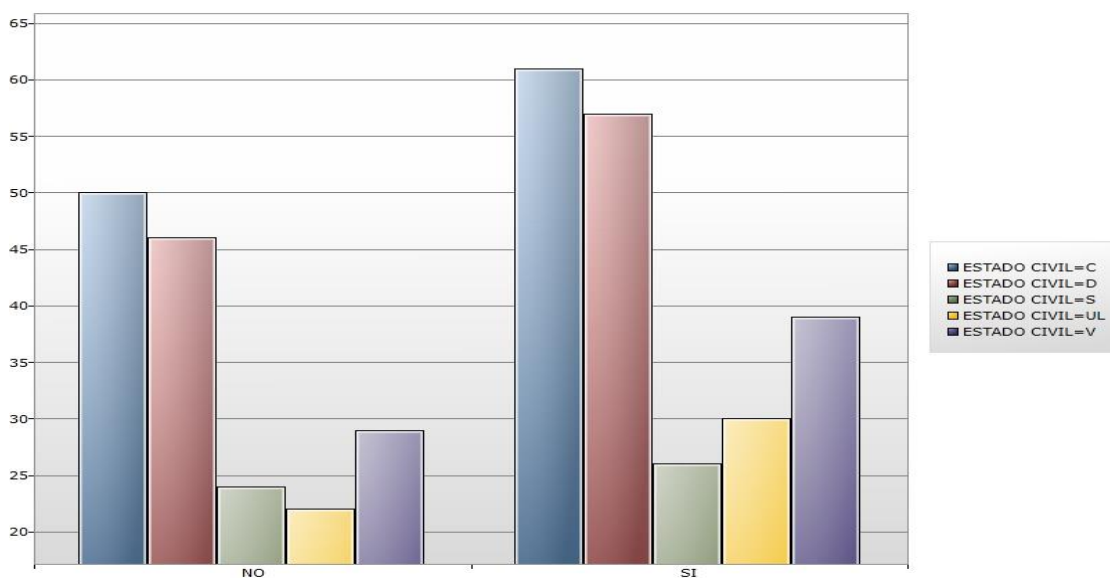
Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

ESTADO CIVIL	SI	NO	TOTAL
CASADO	61	50	111
DIVORCIADO	57	46	103
SOLTERO	26	24	50
UNION ESTABLE	30	22	52
VIUDO	39	29	68
TOTAL	203	171	384
ANALISIS	CHI 2	VALOR DE P	
Chi 2	0,045	0,097	

El resultado es significativo, ya que el valor de p es 0,097 es decir ambas variables estudiadas están relacionadas entre sí, el estado civil si tiene relación con sufrir abandono.

**Gráfico No.15.-** Análisis bivariar entre estado civil y abandono en los adultos mayores.

Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

A diferencia de lo que se creyere el abandono no solo se identifica como el hecho de hallarse solos, sino que a pesar de tener compañía en este caso los adultos mayores casados sufren abandono, en un (30%), los divorciados en un (28%), viudos (19%) unión estables (14%), los solteros (12%), tal como se observa en la tabla 15.

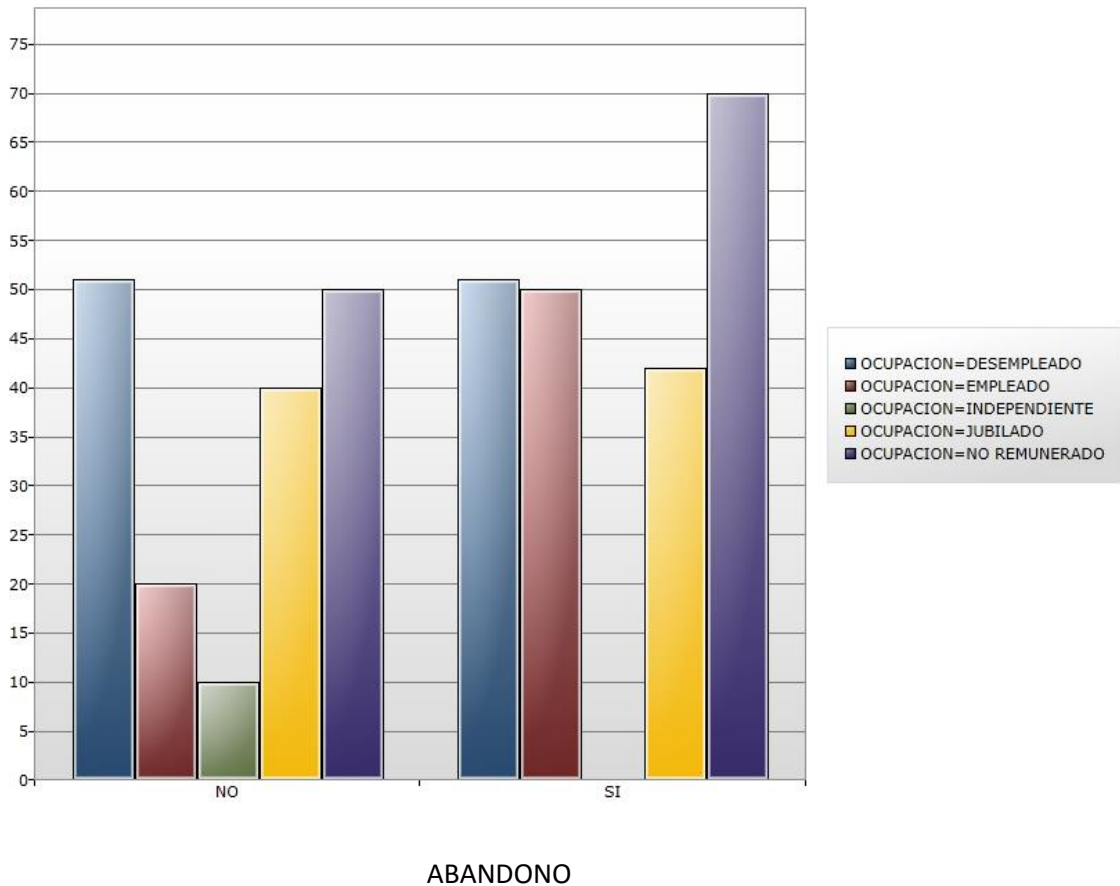
**Tabla 16.-** Análisis bivariado entre tipo de ocupación y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

OCUPACION		SI	NO	TOTAL
DESEMPLEADO		51	51	102
EMPLEADO		50	20	70
INDEPENDIENTE		0	10	10
JUBILADO		42	40	82
NO REMUNERADO		70	50	120
TOTAL		213	171	384
ANALISIS	CHI 2	VALOR DE P		
Chi 2 Yates	21	0,002		

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

El resultado es significativo ya que el valor de p es menor a 0.05, es decir que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas.

**Gráfico No.16.-** Análisis bivariar entre tipo de ocupación y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

Al ser el adulto mayor con labores domiciliarias no remuneradas el que permanece más tiempo en casa, es subvalorado y catalogado como el que no hace nada, por lo que se convierte en la persona de los mandados, el sirviente e incluso el guardia de la casa, esto conlleva a una despreocupación de los familiares de su estado de salud y seguridad.

**Tabla 17.-** Análisis bivariar entre adultos mayores con familiares migrantes y abandono. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

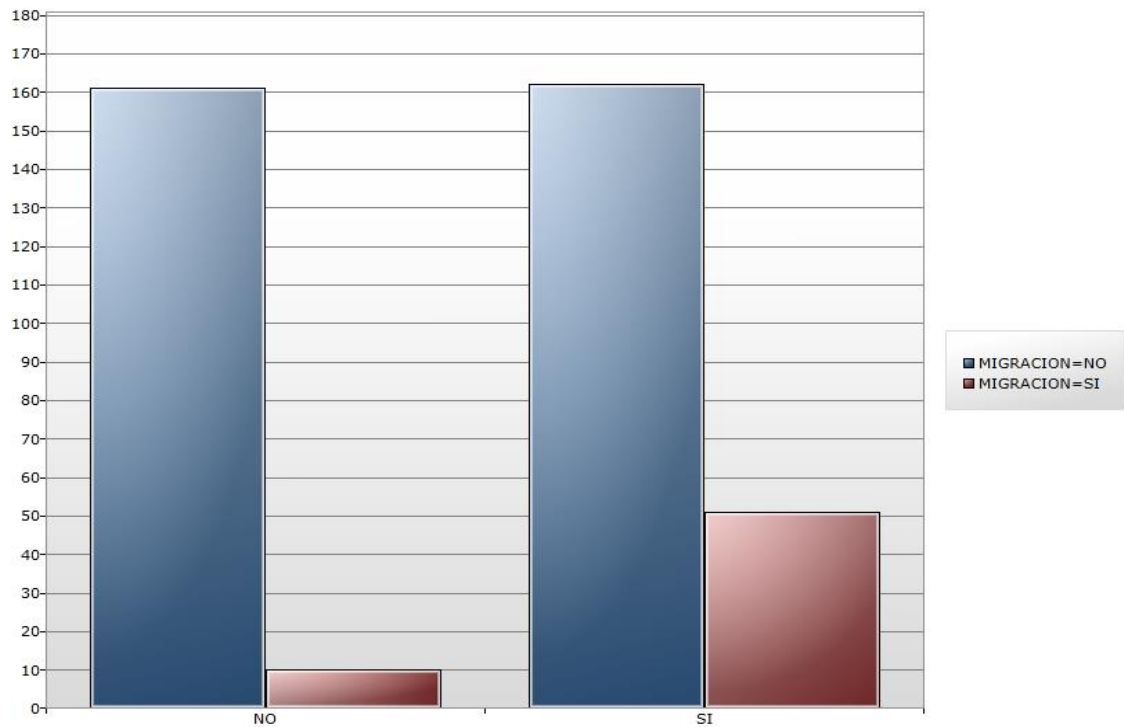
MIGRACION/ABANDONO	SI	NO	TOTAL
SI	51	10	61
NO	162	161	323
TOTAL	213	171	384

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA	
	ESTIMADO	MENOR	MAYOR
ODDS RADIO	5,06	2,48	10,33
	ANALISIS	CHI 2	VALOR DE P
	Chi 2	23,24	0,0000003

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

De acuerdo al resultado la asociación es positiva es decir que la presencia del factor migración familiar se asocia con mayor ocurrencia de abandono ya que el odds radio es mayor a 1. En base al valor de p nos da un valor menor a 0,05 lo que hace significativa esta asociación.

**Gráfico No.17.-** Análisis bivariado entre adultos mayores con familiares migrantes y abandono. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.



**ABANDONO**

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

Si bien en nuestro estudio no se evidenció una alta tasa de migración familiar (15,81%), en los pocos casos en donde existía esta tendencia si se observaba una relación entre el abandono y la migración de un familiar.

**Tabla 18.-** Análisis bivariado entre funcionalidad familiar y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

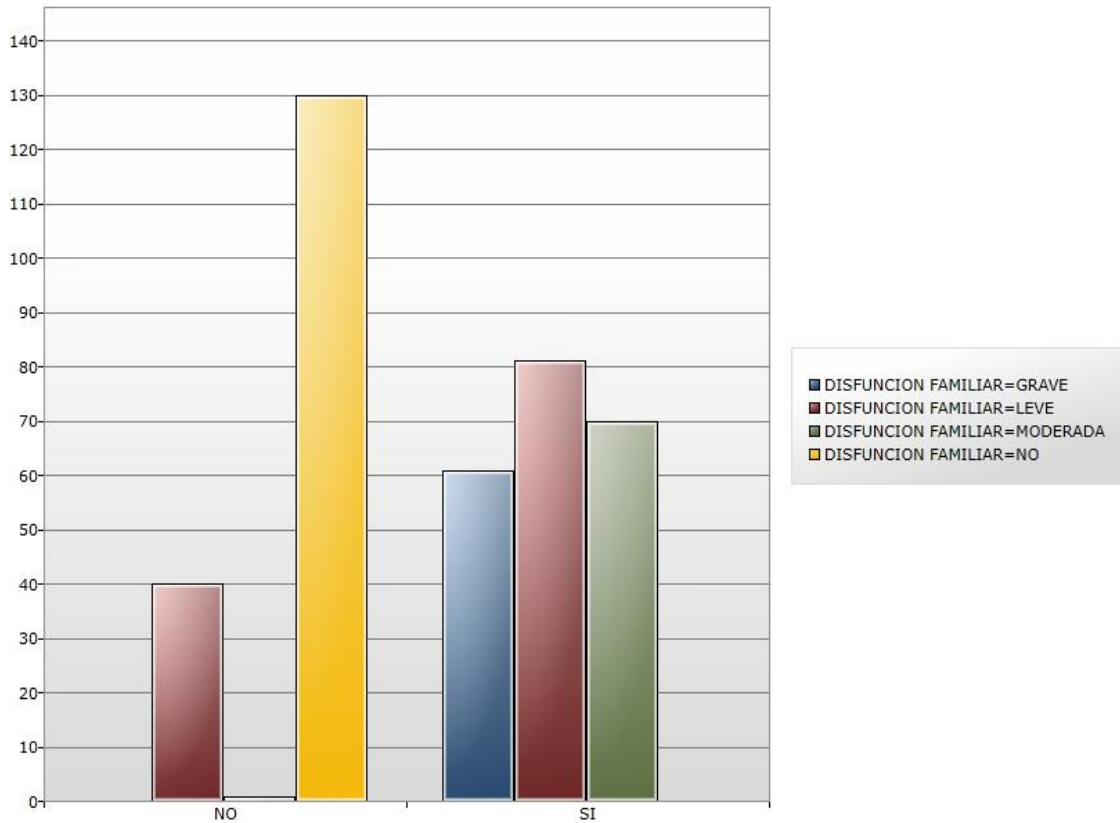
DISFUNCION FAMILIAR / ABANDONO	SI	NO	TOTAL
NO	0	130	130
LEVE	81	40	121
MODERADA	70	1	71
SEVERA	61	0	61
TOTAL	212	171	384

ANALISIS	CHI 2	VALOR DE P
Chi 2 Yates	270	0,0001

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

El resultado es significativo ya que el valor de p es de 0,0001 (menor a 0,05), es decir que ambas variables estudiadas son dependientes, por tanto mientras mayor sea la disfuncionalidad familiar mayor será el abandono del adulto mayor.

**Gráfico No.18.-** Análisis bivariar entre funcionalidad familiar y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.



**ABANDONO**

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

Como es evidente la disfunción familiar sea del grado que fuere, es un factor importante en el abandono del adulto mayor, esto sugiere que si identificamos a tiempo disfunciones familiares en etapas tempranas tendremos un mejor pronóstico en el futuro de esa familia y del adulto mayor

**Tabla 19.-** Análisis bivariado entre grado de dependencia individual y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

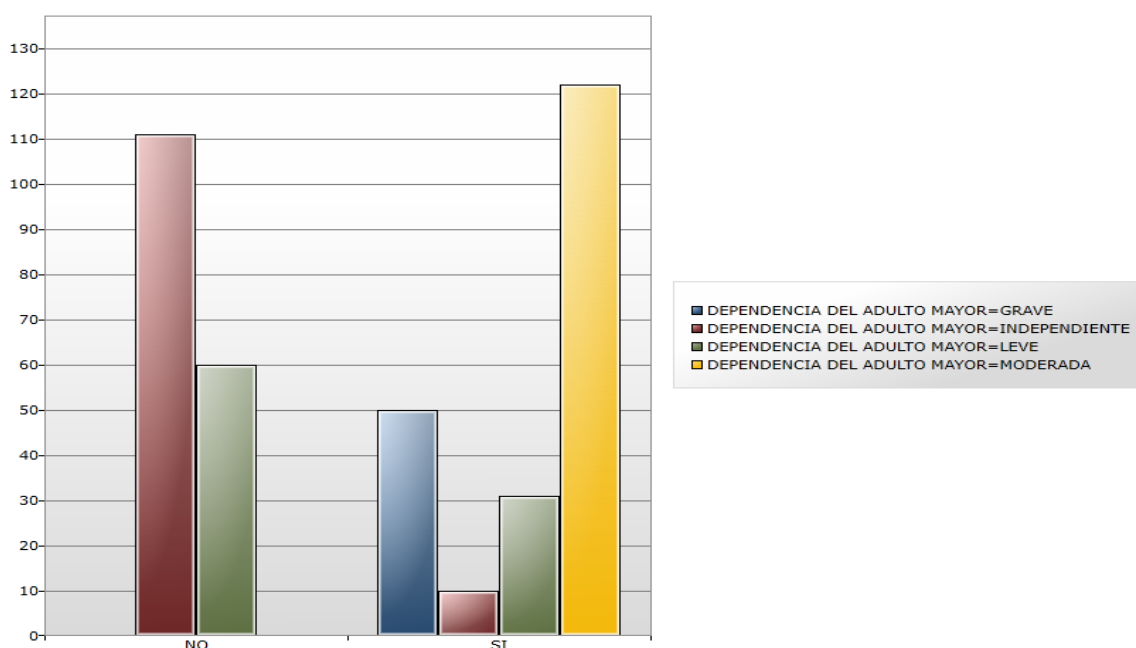
DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR / ABANDONO	SI	NO	TOTAL
INDEPENDIENTE	10	111	121
LEVE	31	60	91
MODERADA	122	0	122
GRAVE	50	0	50
TOTAL	213	171	384

ANALISIS	CHI 2	VALOR DE P
Chi 2 Yates	264,11	0,00002

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

El resultado es significativo debido a que el valor de p es 0,00002 es decir que las variables estudiadas son dependientes. El abandono depende del grado de dependencia del adulto mayor, es decir a mayor dependencia mayor número de adultos mayores abandonados

**Gráfico No.19.-** Análisis bivariar entre grado de dependencia individual y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.



**ABANDONO**

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

Familiar y socialmente se ha evidenciado que ha mayor discapacidad del adulto mayor lo convierte en una carga a la familia y a la sociedad, ya que deja de ser un ente productivo, por lo que se empieza a relegar a esta población, esto se evidencia también en nuestro estudio que demuestra que existe abandono en cualquier tipo de dependencia e incluso si este fuera independiente.

**Tabla 20.-** Análisis bivariado entre presencia o ausencia de riesgo social y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

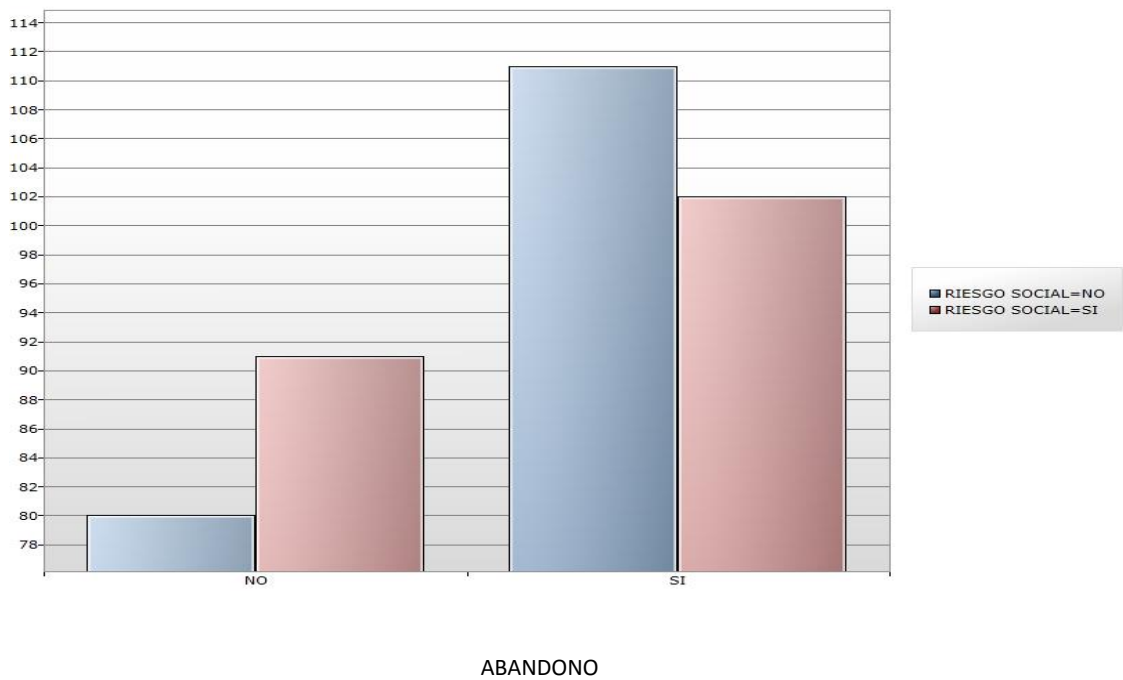
RIESGO SOCIAL	SI	NO	TOTAL
SI	102	91	193
NO	111	80	171
TOTAL	203	171	384

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA	
	ESTIMADO	MENOR	MAYOR
ODDS RADIO	1,2	0,53	1,28
	ANALISIS	CHI 2	VALOR DE P
	Chi 2	1,06	0,029

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

De acuerdo al resultado la asociación es positiva es decir que la presencia del factor riesgo social se asocia con mayor ocurrencia de maltrato ya que el odds ratio es mayor a 1. En tanto que el valor de p es 0,029 lo que hace significativa esta asociación.

**Gráfico No.20.-** Análisis bivariado entre presencia o ausencia de riesgo social y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
 Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

El riesgo social influye directamente en el abandono del adulto mayor, pero ellos ven que el problema no es solo por la sociedad sino por sus familias por lo que se evidencia que el riesgo social influye en el abandono.

**Tabla 21.-** Análisis bivariado entre grado de cansancio del cuidador y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.

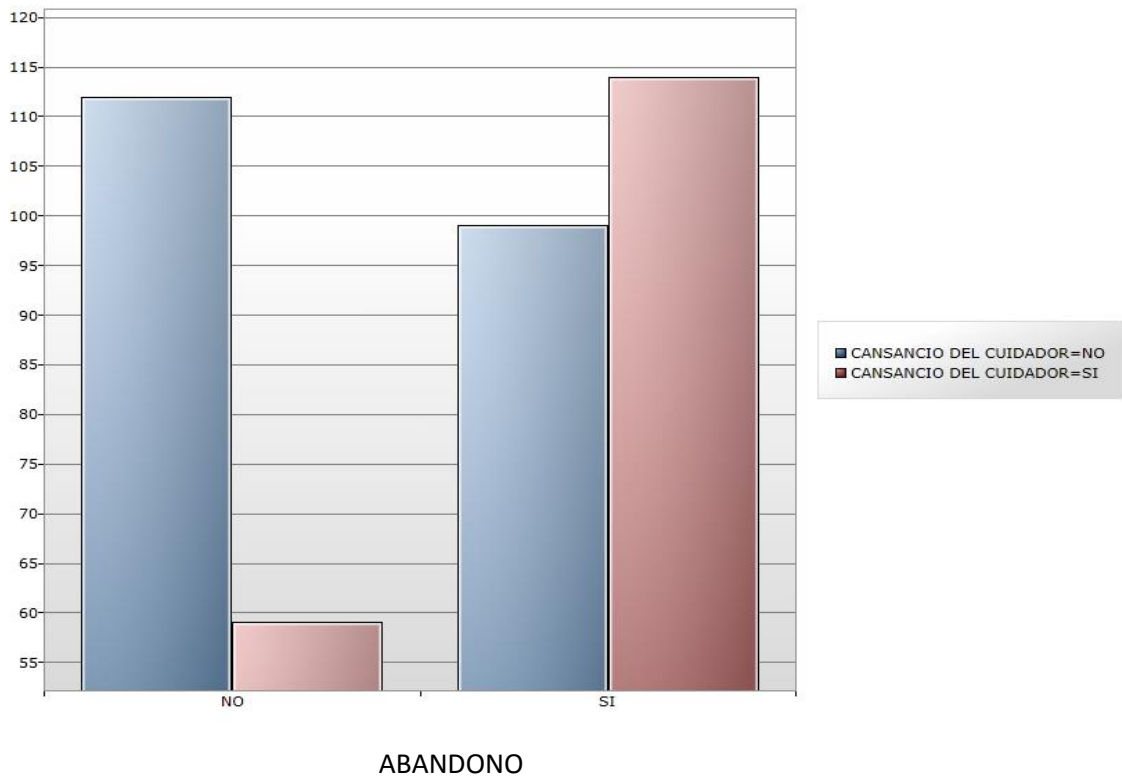
CANSANCIO DEL CUIDADOR / ABANDONO	SI	NO	TOTAL
SI	114	59	173
NO	99	112	211
TOTAL	213	171	384

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA	
	ESTIMADO	MENOR	MAYOR
ODDS RADIO	2,185	1,44	3,3
	ANALISIS	CHI 2	VALOR DE P
	Chi 2	13,85	0,00009

Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

De acuerdo al resultado la asociación es positiva es decir que la presencia del factor riesgo social se asocia con mayor ocurrencia de maltrato ya que el odds ratio es mayor a 1. En tanto que el valor de p es menor a 0,05 lo que hace significativa esta asociación.

**Gráfico No.21.-** Análisis bivariar entre grado de cansancio del cuidador y abandono en los adultos mayores. Parroquia de San Roque, Septiembre – Noviembre 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de San Roque 2016  
Autores: Dr. Oswaldo Moreta – Dra. Nydia Robalino

El cansancio del cuidador es un factor importante en el abandono del adulto mayor, se evidencia un mayor porcentaje de abandono y maltrato en aquel cuidador que ya no se halla a gusto con el trabajo que realiza.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSION**

Al plantear la hipótesis se partió del conocimiento que los cambios funcionales del adulto mayor eran predictivos de un lento y nefasto viaje al abandono, así el envejecimiento con sus distintas manifestaciones física, emocionales, cognitivas y funcionales, son el punto de partida hacia un viaje sin retorno de la negligencia y abandono no solo por parte familiar sino de la sociedad.

El estudio SABE I nos indica una prevalencia de abandono del adulto mayor de un 14,9% a diferencia de este estudio en donde se evidencia que el abandono se presenta en un 55,57%, teniendo como factores asociados a este abandono la dependencia del adulto mayor, riesgo social y función familiar.

A diferencia de esto el estudio SABE mostro que ha mayor edad mayor riesgo de abandono (más de 75 años), lo que se contrapone a este estudio donde la edad no fue un factor estadísticamente significativo.

Analizando el tema del abandono en distintas etnias de la parroquia de San Roque, se obtuvo en este estudio que el 68,75% de mestizos vivía en abandono, podríamos establecer que existen factores culturales que modifican la forma de ver a este grupo etario por sus comunidades, es así que la etnia indígena aún guarda cierto respeto y dignidad hacia las personas de edad avanzada (40,13%), manteniéndolos junto a ellos, siendo los que reciben la mayor atención en sus épocas postremas, en tanto que en la etnia mestiza se ha identificado una despreocupación de sus adultos mayores que más bien han pasado a ser una carga y un retroceso en las familias, que muestran un deseo

de delegar cuidado y atención, que al no poder llevarlo a cabo, prefieren abandonar al adulto mayor.

Uno de los limitantes que se presentó durante el estudio fue el de no contar con datos estadísticos de varias fuentes bibliográficas y más que nada de nuestro medio, ya que en el Ecuador existe un solo estudio realizado en el año 2009 – 2010 que es la encuesta nacional de bienestar y envejecimiento (SABE I).

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES.-

Tomando en cuenta que el valor de p es más exacto que el valor del chi cuadrado, y que si es menor a 0,05 quiere decir que existe menos de un 5% de que la hipótesis nula sea cierta, con un intervalo de confianza del 95%, se lo uso para verificar y comprobar si el resultado era significativo o no estadísticamente, concluyendo como tal que existe una relación causal efecto entre las variables estudiadas y el abandono.

Partiendo de los resultados podemos concluir que:

1.- La auto identificación con la etnia mestiza, como resultado del cambio de ideología del adulto mayor que pasó de ser el ser humano más sabio al que representa una carga para la sociedad, es la que más se liga al abandono del adulto(a) mayor, con un valor de p de 0,04, representando un 68,75% de casos de abandono en esta etnia.

2.- El riesgo social hace que la persona sea más susceptible de sufrir abandono no solo por el hecho de haber sido excluido socialmente al no ser productivo sino que independientemente empieza a existir abandono intrafamiliar al no poder cubrir las necesidades que la sociedad no le brinda, con un valor de p de 0,029, y se evidencia en el 52,8% de los casos.

3.- Los estados civiles de casado y divorciado, que conlleva el supuesto que el abandono no solo es físico sino que el no dar atención, servicios básicos y los más elemental para el desarrollo del adulto mayor es también un tipo de abandono que muchas veces es proporcionado por el cónyuge, hijos o parejas, con un resultado de p

0,045, y con un porcentaje de 54,9% y 55,3% respectivamente para cada uno de los casos.

4.- El adulto mayor con ocupación domiciliaria sin remuneración, que lo convierten en una persona servicial sin derechos, es el que hace las labores domésticas y no se valora su rol dentro de la familia, por lo que lo hace hallarse en un estado de abandono psicoemocional, se obtuvo un valor de p de 0,002, y con un porcentaje de 58,3% de casos.

5.- La migración de un familiar, que a pesar de no ser tan frecuente en la población estudiada, al presentarse se relaciona directamente con la influencia del abandono, con un valor de p de 0,0000003, presentándose un 83,6% de casos en esta población.

6.- La disfunción familiar en cualquier categoría, nos indica que es un factor de gran importancia en la etiología de esta problemática, es así que las familias más disfuncionales independientemente del grado son las que más presentan problemas de abandono, con un valor de p de 0,0001, porcentualmente el 55,2% de los casos.

7.- El grado de dependencia del adulto mayor que convierte a un ser humano en una carga para la familia y la sociedad lo que desencadena una serie de repercusiones para el estado de salud del adulto mayor, con un valor de p de 0,00002, el 55,4% de los casos estudiados; y,

8.- El esfuerzo del cuidador cansado, ya que el cuidador se convierte en paciente al absorber los problemas del cuidado directo haciendo de estos los detonantes de esta problemática, con un valor de p de 0,00009, y un porcentual de 55,4%.

## **RECOMENDACIONES.-**

El abandono por parte de la familia es un problema que conduce a consecuencias innumerables, pero cuando son ejecutadas hacia adultos mayores es aún peor, se recomienda en base a nuestros resultados:

- 1.- Introducir el uso de las escalas geriátricas, funcionalidad familiar, riesgo social y abandono, lo más rápido posible en las consultas iniciales a todo adulto mayor para prevenir los posibles riesgos de sufrir este problema.
- 2.- Difundir dentro de la sociedad y la familia el gran aporte que nos han dado los adultos mayores a través de su experiencia, lo que colocaría a este grupo etario nuevamente en una situación de respeto y admiración.
- 3.- Crear mecanismo de apoyo que den un espacio de participación a los adultos mayores, haciendo de ellos entes socialmente activos nuevamente.
- 4.- Que el estado e instituciones de salud, creen grupos de aceptación y participación como clubes, donde los adultos mayores usen sus destrezas y conocimientos en pro de otros pares, así como compartan sus vivencias y experiencias.
- 5.- Fomentar los estudios de las diversas patologías biopsicosociales de los grupos de adultos mayores para poder entender mejor su problemáticas y tomar acciones preventivas más que curativas.
- 6.- Inducir la creación de lugares de acogida a los adultos(as) mayores que por diversas circunstancias no puedan ser cuidadas por sus familiares sean estas públicas o privadas, donde los pacientes sean atendidos en todas sus necesidades con calidad y calidez.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abizanda, P. (2012). *Medicina Geriátrica una aproximación basada en problemas*. Barcelona-España.
- Alberto, C. (2000). *La identidad cultural y la migración, una visión desde las experiencias desde la educación intercultural bilingüe del Ecuador*.
- Angeles, M. T. (2013). Factores que condicionan la violencia familiar en el adulto mayor. En M. T. Angeles, *Factores que condicionan la violencia familiar en el adulto mayor*. Santiago de Cuba.
- Anonimo. (2012). *Palabra mayor en Ecuador existen más de 1300000 de adultos mayores*. Quito.
- Coler, R. (2009). *Viaje al Pueblo de los Ancianos*. Quito.
- Conejo Arellano, A. (2008). *La Identidad Cultural y la Migración, ICCL*. Quito.
- Cruz, A. P. (2007). *Asesoría General en Seguridad Social Comentarios de Seguridad Social*. Quito.
- Eduardo, L. (2005). *ADULTOS MAYORES Y FAMILIAS INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL. ESPAÑA*.
- Erickson, H. (2000). *CICLO VITAL COMPLETADO*. ESPAÑA: PAIDOS.
- Francisco, M. (2012). Análisis cualitativo de la situación del adulto mayor en zonas marginadas. México.
- Freire, W. (2010). *Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento*. Ecuador.
- Gaston, G. (2005). Abandono de la tercera edad en la familia. Chile.
- HUENCHAUN, S. (2003). *REDES DE APOYO SOCIAL DE PERSONAS MAYORES DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL*. CHILE.
- IGUALDAD. (2014). *INTERGENERACIONAL ON LINE*.
- INEC. (2011). *CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA*. QUITO.
- Mancilla, J. (2014). *Comunidad Indígena a sus Ancianos*. México.
- Mendoza, M. (2008). *Viejismo prejuicio y estereotipos de la vejez*. Zaragoza: España.
- MIDEPLAN. (1998). *Situación de los adultos mayores en Chile*. Chile.
- MIES. (2012). *AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES*. QUITO.
- Minois. (2000). *Historia de la Vejez de la Antigüedad al Renacimiento*. Nevea.

MSP. (2007). *PLAN DE ACCION NACIONAL PARA LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR*. QUITO.

OMS. (2016). *Ecuador Esperanza de vida*. [www.actualidad.comm-ecuador-esperanza-vida-salud latinoamericana. html](http://www.actualidad.comm-ecuador-esperanza-vida-salud-latinoamericana.html).

Pedro, C. (2004). *DETERIORO COGNITIVO DE LA TERCERA EDAD*. CUBA.

Platón. (1971). *La República*. Santiago de Chile : Delfin.

Rodriguez, M. (2007). *Asesoría General en Seguridad Social Comentarios de Seguridad Social*.

SABE. (2010).

Sanchez, M. (2012). *Cambios fisiologicos en los sistemas corporales*. España.

Teresa. (1990). *La Sociedad Anciana*. Madrid.

VILLAR. (2005). *EDUCACION EN LA VEJEZ HACIA LA DEFINICION DE UN NUEVO AMBITO . ESPAÑA*.

Waters, W. (2010). *SALUD Y BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR INDIGENA*. Quito.

## APENDICES



### UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR-SEDE IBARRA

*Factores asociados al abandono del adulto mayor en diferentes Etnias de la parroquia San Roque, Cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura. Septiembre a Diciembre del 2016*

#### ENCUESTA DIRIGIDA AL ADULTO MAYOR

*DR. OSWALDO MORETA - DRA. NYDIA ROBALINO - POSGRADO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA*

#### 1.- DATOS DE LA PERSONA ENCUESTADA

Id. Paciente:

Sexo: M  F

Edad: años

Estado civil: Soltero(a)   
Casado(a)   
Unión libre   
Divorciado(a)   
Separado(a)   
Viudo(a)

Auto identificación étnica: Indígena   
Mestizo   
Afro descendiente   
Blanco

Ocupación: Patrón   
Empleado público

Empleado privado

Cooperativista

Trabajador por cuenta propia

Trabajador familiar no remunerado

Tiene algún familiar fuera del país: SI

Tiene algún familiar fuera de la provincia: SI

Por cuánto tiempo se quedará en ese lugar:

## 2.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR

### APGAR FAMILIAR

FUNCION	NUNCA (0)	CASI NUNCA (1)	ALGUNAS VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia frente a un problema.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones.					
Me satisface como compartimos en familia: el tiempo, los espacios, el dinero.					

18 a 20 Familia funcional, 14 a 17 disfunción leve, 10 a 13 disfunción moderada, menor de 10 disfunción severa,

### 3.- FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR

#### ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (BARTHEL)

<b>ALIMENTACION</b>	
Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc. /10	
Necesita ayuda para realizar alguna de las actividades previas /5	
Necesita ser alimentado /0	

<b>BAÑO</b>	
Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse /5	
Necesita alguna ayuda /0	

<b>VESTIRSE</b>	
Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corse). Se excluye la utilización de sujetador. /10	
Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable./ 5	

<b>ARREGLARSE</b>	
Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse. / 5	
Necesita alguna ayuda / 0	

<b>DEPOSICIONES</b>	
Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema. /10	
Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema. / 5	

<b>MICCION</b>	
Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina. / 10	
Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo de llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral. / 5	
<b>RETRETE</b>	
Es capaz de subirse y bajarse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse en una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla. / 10	
Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico. / 5	

<b>TRASLADARSE de la cama al sillón o a la silla de ruedas</b>	
Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas, levantando reposapiés, cerrando la silla, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón. / 15	
Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física y verbalmente en los distintos pasos. / 10	
Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda. / 5	

<b>DEAMBULAR</b>	
Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo. / 15	
Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador. / 10	
Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrar por la casa, etc.) / 5	
Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona. / 0	
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	
Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda o supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla. / 10	
Necesita ayuda física o verbal. / 5	

0 a 20 Dependencia total, 25 a 60 dependencia severa, 65 a 90 dependencia moderada, 95 dependencia leve, 100 independencia

### **ÍNDICE PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (LAWTON Y BRODY)**

<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO</b>	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	<b>1</b>
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	<b>1</b>
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	<b>1</b>
No es capaz de usar el teléfono	<b>0</b>

<b>HACER COMPRAS</b>	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	<b>1</b>

Realiza independientemente pequeñas compras	<b>0</b>
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	<b>0</b>
Totalmente incapaz de comprar	<b>0</b>

<b>PREPARACION DE LA COMIDA</b>	
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	<b>1</b>
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	<b>0</b>
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	<b>0</b>
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	<b>0</b>

<b>CUIDADO DE LA CASA</b>	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para los trabajos pesados	<b>1</b>
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	<b>1</b>
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	<b>1</b>
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	<b>1</b>
No participa en ninguna labor de la casa	<b>0</b>

<b>LAVADO DE LA ROPA</b>	
Lava por si solo toda su ropa	<b>1</b>
Lava por si solo pequeñas prendas	<b>1</b>
Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otra persona	<b>0</b>

<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	
------------------------------------	--

Viaja solo en transporte público o conduce su propio carro	<b>1</b>
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	<b>1</b>
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	<b>1</b>
Solo utiliza el taxi o el automóvil con la ayuda de otros	<b>0</b>
No viaja	<b>0</b>

<b>RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A SU MEDICACION</b>	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	<b>1</b>
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	<b>0</b>
No es capaz de administrarse su medicación	<b>0</b>

<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS</b>	
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	<b>1</b>
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos....	<b>1</b>
Incapaz de manejar dinero	<b>0</b>

0 – 1 dependencia total, 2-3 dependencia severa, 4-5 dependencia moderada, 6-7 dependencia ligera, 8 independencia

**INDICE PARA FUNCION COGNITIVA (ESCALA DE PFIFFER)**

	<b>Si es capaz (0)</b>	<b>Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo (0)</b>	<b>Con alguna dificultad pero puede hacerlo (1)</b>	<b>Nunca lo ha hecho, y tendría dificultad ahora (1)</b>	<b>Necesita ayuda (2)</b>	<b>No es capaz (3)</b>
Es capaz de hacer las compras solo?						
Es capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?						
Es capaz de preparar la comida?						
Es capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?						
Es capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?						

Es capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?						
Es capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?						
Es capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?						
Es capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?						
Es capaz de quedarse solo en la casa sin problema?						

Si es capaz (0), Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo (0), Con alguna dificultad pero puede hacerlo (1), Nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora (1), Necesita ayuda (2), No es capaz (3). Puntuación máxima de 33, si la suma es de 6 puntos o más tiene déficit cognitivo.

#### 4.- RIESGO SOCIAL

##### ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR (GUIJON)

<b>SITUACION FAMILIAR</b>	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica / 1	

Vive con cónyuge de similar edad / 2	
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia / 3	
Vive solo y tiene hijos próximos / 4	
Vive solo y carece de hijos o viven alejados / 5	

<b>SITUACION ECONOMICA</b>	
Más de 1.5 veces el salario mínimo / 1	
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive/ 2	
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva / 3	
Pensión no contributiva / 4	
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior / 5	

<b>VIVIENDA</b>	
Adecuada a necesidades / 1	
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños, ...) / 2	
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción, ...) / 3	
Ausencia de ascensor, teléfono / 4	
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos) / 5	
<b>RELACIONES SOCIALES</b>	
Relaciones sociales / 1	
Relación social solo con familia y vecinos / 2	
Relación social solo con familia o vecinos / 3	
No sale del domicilio, recibe visitas / 4	

No sale y no recibe visitas / 5	
---------------------------------	--

<b>APOYO DE LA RED SOCIAL</b>	
Con apoyo familiar y vecinal / 1	
Voluntariado social, ayuda domiciliaria / 2	
No tiene apoyo / 3	
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica / 4	
Tiene cuidados permanentes / 5	

Mayor o igual a 16 presencia de riesgo social

### 5.- ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

	<b>SI (1)</b>	<b>NO (0)</b>
Tiene trastornos del sueño (Ej. Porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)		
Es un inconveniente (Ej. Porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar)		
Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla)		
Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas)		
Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)		
Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)		
Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)		
Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones)		

Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)		
Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado de antes (Ej. es una persona diferente a la que era antes)		
Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)		
Es una carga económica		
Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación de la persona cuidada o preocupaciones sobre como continuar el tratamiento)		

Mayor o igual a 7 nivel elevado de esfuerzo

## 6.- ESCALA GERIÁTRICA DEL MALTRATO AL ADULTO MAYOR

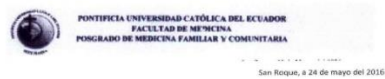
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
	Si su respuesta es SI pase a B	Esto ocurrió?	Desde hace cuantos años ocurre esto?	Quien fue el responsable?  Parentesco	Es hombre o mujer?
<b>Durante los últimos 12 meses a usted....</b>	0 NO 1 SI  <i>No respondió</i>	1 Una vez 2 Pocas veces 3 Muchas veces 99 <i>No respondió</i>	1 Un año y menos   98 <i>No recuerda</i>	<i>Registre el parentesco que tiene con la persona mayor</i>	1 Hombre 2 Mujer

<b>FISICO</b>					
Le han golpeado?					
Le han dado puñetazos o patadas?					
Le han empujado o le han jalado el pelo?					
Le han aventado algún objeto?					
Le han agredido con algún cuchillo o navaja?					
<b>PSICOLOGICO</b>					
Le han humillado o se han burlado de usted?					
Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?					
Le han aislado o le han corrido de la casa?					
Le han hecho sentir miedo?					
No han respetado sus decisiones?					
Le han prohibido salir o que lo visiten?					
<b>NEGLIGENCIA</b>					
Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?					
Le han dejado de suministrar los					

medicamentos que necesita?					
Le han negado protección cuando la necesita?					
Le han negado acceso a la casa que habita?					
<b>ECONOMICO</b>					
Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento					
Le han quitado su dinero?					
Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?					
Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?					
Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?					
<b>SEXUAL</b>					
Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?					
Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?					

**TOTAL / 22**

# OFICIOS A LAS AUTORIDADES



Doctora  
Consueto Quimbo  
DIRECTORA DISTRITAL DE SALUD ANTONIO ANTE - OTAVALO  
Presente.-

Nosotros Dra. Nydia Robalino y Dr. Oswaldo Moreta, estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), en convenio con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador solicitamos a Ud. *Muy comedidamente* se sirva autorizar la realización de nuestro estudio de investigación como parte de la tesis de posgrado titulada "FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR EN DIFERENTES ETNIAS DE LA PARROQUIA DE SAN ROQUE, CANTON ANTONIO ANTE, PROVINCIA DE IMBABURA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016".

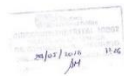
Para desarrollo de lo cual se necesitara acceder a la información disponible de los adultos mayores en la unidad de salud perteneciente al distrito que Ud. dirige, con la finalidad de poder aplicar encuestas y métodos necesarios para el desarrollo de nuestro tema de tesis.

Los resultados obtenidos de nuestro estudio podrán ser utilizados para identificar oportunamente adultos(as) mayores que se encuentren en situación de abandono, los mismos que asisten a la unidad de salud de San Roque, logrando mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable.

Por la atención que dé a la presente le anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Dra. Nydia Robalino  
POSGRADISTA MFyC PUCESI

Dr. Oswaldo Moreta  
POSGRADISTA MFyC PUCESI



Señor  
Franklin Bultrón  
PRESIDENTE DE LA JUNTA PARROQUIAL DE SAN ROQUE  
Presente.-

Nosotros Dra. Nydia Robalino y Dr. Oswaldo Moreta, estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), en convenio con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador solicitamos a Ud. *Muy comedidamente* se sirva autorizar la realización de nuestro estudio de investigación como parte de la tesis de posgrado titulada "FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR EN DIFERENTES ETNIAS DE LA PARROQUIA DE SAN ROQUE, CANTON ANTONIO ANTE, PROVINCIA DE IMBABURA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016".

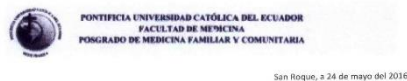
Para desarrollo de lo cual se necesitara acceder a la información disponible de los adultos mayores para el desarrollo de nuestro tema de tesis.

Los resultados obtenidos de nuestro estudio podrán ser utilizados para identificar oportunamente adultos(as) mayores que se encuentren en situación de abandono, los mismos que asisten a la unidad de salud de San Roque, logrando mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable.

Por la atención que dé a la presente le anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Dra. Nydia Robalino  
POSGRADISTA MFyC PUCESI

Dr. Oswaldo Moreta  
POSGRADISTA MFyC PUCESI



Doctora  
Susana Varas  
DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ROQUE  
Presente.-

Nosotros Dra. Nydia Robalino y Dr. Oswaldo Moreta, estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), en convenio con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador solicitamos a Ud. *Muy comedidamente* se sirva autorizar la realización de nuestro estudio de investigación como parte de la tesis de posgrado titulada "FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR EN DIFERENTES ETNIAS DE LA PARROQUIA DE SAN ROQUE, CANTON ANTONIO ANTE, PROVINCIA DE IMBABURA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016".

Para desarrollo de lo cual se necesitara acceder a la información disponible de los adultos mayores en la unidad de salud Ud. Representa, con la finalidad de poder aplicar encuestas y métodos necesarios para el desarrollo de nuestro tema de tesis.

Los resultados obtenidos de nuestro estudio podrán ser utilizados para identificar oportunamente adultos(as) mayores que se encuentren en situación de abandono, los mismos que asisten a la unidad de salud de San Roque, logrando mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable.

Por la atención que dé a la presente le anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Dra. Nydia Robalino  
POSGRADISTA MFyC PUCESI

Dr. Oswaldo Moreta  
POSGRADISTA MFyC PUCESI

Aprobado.



**UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR-SEDE IBARRA**

*Factores asociados al abandono del adulto mayor en Diferentes etnias de la parroquia San Roque, Cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura. Septiembre a Diciembre del 2016*

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**INVESTIGADORES:**

Nydia Janeth Robalino Méndez

Oswaldo Alcides Moreta Sanafria

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a todas las personas adultas mayores pertenecientes a la Parroquia de San Roque, Cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura a quienes se les invita a participar en la investigación: Factores asociados al abandono del adulto mayor.

**INFORMACIÓN:**

**Introducción**

Nosotros somos, Nydia Robalino y Oswaldo Moreta, estudiantes del Postgrado de Medicina Familiar de la Universidad Católica, estamos realizando nuestra tesis: Factores asociados al abandono del adulto mayor en diferentes Etnias de la parroquia San Roque, Cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura. Septiembre a Diciembre del 2016. Consideramos que el abandono a los adultos mayores es un problema que cada vez afecta más a nuestra sociedad. Vamos a proporcionarle información e invitarle a participar de esta investigación. Usted puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre esta investigación y posteriormente decidir sobre su participación.

Es probable que existan algunas palabras que usted no entienda. Usted puede interrumpirnos cuando considere necesario para informarle de mejor manera. Si más tarde tiene preguntas puede realizarlas sin ningún problema.

**Propósito:**

En nuestra parroquia existe abandono de personas adultas mayores. En San Roque actualmente no existen proyectos ni investigaciones que determinen cuáles son las causas y los efectos que están provocando su abandono. Tampoco se sabe el número de casos que hay en indígenas y en mestizos, por estas razones que hemos escogido esta investigación como tema de nuestra tesis.

**Tipo de intervención:**

Esta investigación incluirá una sola entrevista a las personas adultas mayores y a su cuidador.

**Selección de participantes:**

Estamos invitando a todas las personas adultas mayores que viven en San Roque para que sean parte de esta investigación, nos ayuden a determinar las causas y efectos que provoca el abandono, y, de esta manera buscar alternativas para prevenirlo

**Participación voluntaria:**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en el Centro de Salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

**Procedimientos y protocolo:****1. Procedimientos desconocidos**

Se le realizará una serie de preguntas relacionadas con su: edad, estado físico, estado psicológico, situación económica, vivienda, cuidador o cuidadores. Estas preguntas nos servirán para determinar si usted se encuentra en situación

de abandono. La información que usted nos proporcionará será manejada solo por los investigadores.

## **2. Descripción del proceso**

Primeramente se le preguntarán sus datos personales, después se le harán diferentes preguntas sobre varios aspectos de su vida, lo haremos con tranquilidad. Usted puede tomarse el tiempo que necesite para responder.

### **Duración:**

Esta investigación se encuentra programada para un tiempo de doce meses aproximadamente, la recolección de esta información está prevista para los meses de julio y agosto, El tiempo que invertiremos con usted al realizarse las preguntas será entre 30 minutos y máximo una hora.

### **Efectos secundarios:**

No existe ningún efecto adverso que repercuta en su persona.

**Riesgos:** Es probable que se presenten alteraciones emotivas y afectivas por el sentimiento de abandono que acompaña a las personas adultas mayores.

**Molestias:** Por el tiempo a ser utilizado en la realización de la encuesta, es importante que usted nos manifieste si dispone de este lapso de tiempo.

**Beneficios:** Con la información obtenida en esta investigación, el personal de salud tendrá elementos para detectar de forma temprana, los factores de riesgo que presenta una persona adulta mayor y que pueden llevarle hacia el abandono. Así el personal de salud podrá buscar mecanismos para procurar prevenir este abandono y contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

### **Confidencialidad:**

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que se recoja en este proyecto de investigación se mantendrá de forma confidencial (los datos se mantendrán en secreto). La información que se recogerá acerca de usted durante la investigación será puesta fuera del alcance y sólo los investigadores tendrán acceso a verla. La encuesta que se le aplique tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número, la información se mantendrá en un lugar privado accesible solo a los investigadores.

### **Compartiendo los Resultados**

Si lo desea los resultados que se obtengan en esta investigación se compartirán con usted. No se compartirá información confidencial. Los resultados se publicarán para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

### **Derecho a negarse o retirarse**

Si usted no desea participar en esta investigación no tiene que hacerlo, negarse no le afectará en ninguna forma. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente en el Centro de Salud.

### **A quién contactar**

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado la investigación. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a las siguientes personas:

Nydia Robalino	0992909080	nydia.7c@gmail.com
Oswaldo Moreta	0998974403	oswaldomoreta76@gmail.com



**UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR-SEDE IBARRA**

***Factores asociados al abandono del adulto mayor en diferentes Etnias de la parroquia San Roque, Cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura. Septiembre a Diciembre del 2016***

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

He sido invitado(a) a participar en la investigación de “Factores asociados al abandono del adulto mayor en diferentes Etnias de la parroquia San Roque”

Entiendo que me realizará una encuesta. He sido informado(a) que los riesgos son mínimos. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y el número de celular que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como integrante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

**Nombre del Participante** \_\_\_\_\_

**Firma del Participante** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Día/mes/año**

**Si es Analfabeto**

He sido testigo(a) de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

**Nombre del testigo**\_\_\_\_\_ **Y Huella dactilar del participante**

**Firma del testigo** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Día/mes/año**

He leído con exactitud o he sido testigo(a) de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

**Nombre del Investigador**\_\_\_\_\_

**Firma del Investigador** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Día/mes/año**

**Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento**

**Informado** \_\_\_\_\_ **(iniciales del investigador/asistente**