

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“Caracterización del Adulto Mayor con
Síndrome de Abandono”**

Estudio descriptivo realizado en Asilos de Ancianos en
la Ciudad de Guatemala.

Junio-Julio 2011

**Elmer Enrique Hernández Gómez
Mariana Elena Palacios Rivera
Julia María Cajas Monroy**

Médico y Cirujano

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CARACTERIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR
CON SÍNDROME DE ABANDONO”**

Estudio descriptivo realizado
en Asilos de Ancianos en la Ciudad de Guatemala

junio – julio 2011

Tesis

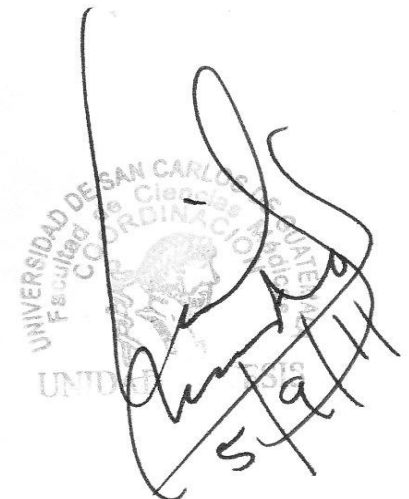
Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

**Elmer Enrique Hernández Gómez
Mariana Elena Palacios Rivera
Julia María Cajas Monroy**

Médico y Cirujano

Guatemala, septiembre de 2011



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas
COORDINACIÓN DE ASesoría ACADÉMICA

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Elmer Enrique Hernández Gómez	200210321
Mariana Elena Palacios Rivera	200311232
Julia María Cajas Monroy	200410127

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“CARACTERIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR
CON SÍNDROME DE ABANDONO”

Estudio descriptivo realizado
en Asilos de Ancianos en la Ciudad de Guatemala

junio - julio 2011

Trabajo asesorado por el Dr. Alejandro Quiñónez Obiols y revisado por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, treinta y uno de agosto del dos mil once


DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Elmer Enrique Hernández Gómez
Mariana Elena Palacios Rivera
Julia María Cajas Monroy

200210321✓
200311232✓
200410127✓

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**"SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR
CON SÍNDROME DE ABANDONO"**

**Estudio descriptivo realizado
en Asilos de Ancianos en la Ciudad de Guatemala**

junio - julio 2011

El cual ha sido revisado y corregido por la Profesora del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS-, Licda. María Antonieta Castillo y Castillo y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el treinta y uno de agosto del dos mil once.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador



Guatemala, 31 de agosto del 2011

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

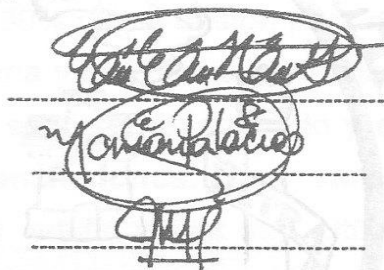
Dr. de León Barillas:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Elmer Enrique Hernández Gómez

Mariana Elena Palacios Rivera

Julia María Cajas Monroy



Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

"CARACTERIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR
CON SÍNDROME DE ABANDONO"

Estudio descriptivo realizado
en Asilos de Ancianos en la Ciudad de Guatemala

junio - julio 2011

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y
de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Asesor
Firma y sello

Dr. Alejandro Quiñonez Obiois
Médico y Cirujano Colegiado 5709.

Revisor

Firma y sello

Reg. de personal



RESUMEN

Objetivos: Caracterizar los factores que integran el síndrome de abandono en los adultos mayores. **Diseño Metodológico:** Estudio descriptivo prospectivo de pacientes adultos mayores ingresados en los 3 centros seleccionados de atención al adulto mayor incluidos en el listado de establecimientos vigentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y 3 centros de atención del adulto mayor administrados por entidades religiosas. **Resultados:** Se realizaron encuestas a 159 adultos mayores; se encontró que el 45.9%, de los entrevistados, se encuentran entre los 80 y 89 años de edad, el 74.21% no cuentan con pareja, 73.57% presentó un nivel educativo bajo, solo curso el grado de primaria, el 55.95% trabajó de obrero/operario u oficios domésticos. Dentro de los padecimientos que aquejan al adulto mayor de dichos hogares, el 42.24% padece de hipertensión arterial y el 30% utiliza bastón para deambular. El 57.2% ingresó al asilo de manera voluntaria y el 61% ha permanecido entre 1 a 5 años en los asilos. El 56.60% refirió sentirse abandonado y el 64% no tiene un ingreso económico actual. **Conclusiones:** Las variables que determinan el Síndrome de Abandono en el adulto mayor son: Utilizar bastón para caminar, ser divorciado, presentar sentimiento de abandono, seguido del sentimiento de tristeza, padecer de la enfermedad de Alzheimer y haber ingresado involuntariamente a una institución. Y el hecho de haber sido comerciante es un factor protector (que podría interpretarse como rasgo de la personalidad propia de personas que gustan de hacer negocios, tienen la habilidad y avidez mental para lograrlos y procurarse a la vez un mejor estándar de calidad de vida). Esto demuestra que los demás factores no son influyentes significativamente.

Palabras Clave: Adulto mayor, Asilo, Abandono.

ÍNDICE

Contenido	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1. Caracterización del área de estudio	5
3.2. Gerontología	13
3.3. La Vejez	14
3.4. Situación socioeconómica y demográfica	20
3.5. Situación de protección legal	25
3.6. Abandono del Adulto Mayor	29
3.7. Asilo	39
4. MARCO METODOLÓGICO	43
4.1. Tipo y diseño de la investigación	43
4.2. Unidad de análisis	43
4.3. Población y muestra	43
4.4. Selección de los sujetos de estudio	44
4.5. Definición y operacionalización de las variables	45
4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	48
4.7. Procesamiento y análisis de datos	48
4.8. Alcances y limitaciones	49
4.9. Aspectos éticos de la investigación	50
5. RESULTADOS	51
6. DISCUSIÓN	63
7. CONCLUSIONES	71
8. RECOMENDACIONES	73

9. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	75
10. ANEXOS	79
10.1. Instrumento de Recolección de Datos	79
10.2. Consentimiento Informado	83
10.3. Otros Datos Estadísticos	86
10.4. Datos de Casos Especiales	88

1. INTRODUCCIÓN

Cada vez más personas rebasan los 60 años de edad y este grupo de población aumenta en Guatemala; en la actualidad son cerca del 5.4% (756,000 adultos mayores) de la población total (14 millones de habitantes) y se prevé que en el año 2025 serán 7.4%, lo que representa a 1.5 millones en el futuro cercano.¹ Según un artículo publicado en uno de los medios de comunicación local (Prensa Libre, domingo 13 de febrero de 2011; selección semanal de The New York Times; pág.1), se estima que la cantidad de personas mayores de 65 años aumentará a más del doble en todo el mundo y pasará de 523 millones del año pasado a alrededor de 1 mil 500 millones para el 2050. Eso significa que, por primera vez en la historia, la gente de 65 años pronto será más que los niños menores de cinco años.²

El cuidado de los pacientes adultos mayores difiere del de personas más jóvenes por diversas razones. Algunas de ellas obedecen a los cambios secundarios del proceso de envejecimiento, otras se originan por las enfermedades que pueden acompañar a la vejez, y otras más provienen de cómo es el trato a estas personas.³

Llegar a la tercera edad puede ser sinónimo de soledad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que 36 millones de adultos mayores en el planeta sufren maltrato. Actualmente, no existen datos estadísticos fiables, según los estudios realizados sobre el tema, revelan que los malos tratos, como los casos de negligencia o abandono, han aumentado considerable en los últimos tiempos, en países como Guatemala.⁴

Actualmente, el país no se ha preparado para atender el fenómeno del envejecimiento poblacional lo que a futuro será un problema que afectará a toda la población; aunado a esto, en la actualidad y en la estructura del Estado, no se cuenta con la capacidad para responder al aumento en la demanda de salud, seguridad social y otros servicios esenciales, así como la demanda de la población jubilada y pensionada quienes reclaman mejores pensiones que les permita un nivel de vida digno en su vejez.⁶

Las condiciones de salud y enfermedad de la población mayor de 60 años son motivo de intranquilidad e incertidumbre constante en las familias y para los propios adultos mayores. Es común que la presencia de enfermedad o discapacidad, acompañada de

soledad, abandono e inestabilidad económica, coloquen a las familias en situaciones críticas, pues en la mayoría de los casos, se trata de enfermos con más de un padecimiento y la atención médica significa egresos altos en la economía familiar que termina por agotar la reserva monetaria en muchas de ellas.⁵

En la sociedad guatemalteca, las personas adultas mayores por cuestión de edad y por condición socioeconómica son una población vulnerable expuesta a la exclusión. La atención del adulto mayor es un tanto limitada porque las instituciones existentes son privadas, inaccesibles por su costo a la población mayoritaria, que es de un nivel socioeconómico bajo y su presupuesto no logra cubrir tan siquiera las necesidades básicas para subsistir.

El presente estudio fue realizado con el objetivo de describir el Síndrome de Abandono como tal, en los adultos mayores, residentes de los asilos de la ciudad de Guatemala; se tomaron en cuenta estos lugares por atender a adultos mayores que por diferentes razones fueron recludos ahí por familiares, amigos, vecinos u otros. Se encuestaron 159 adultos mayores de ambos sexos, en los cuales se presentó una media de 78 a 80 años de edad. Al caracterizar el síndrome de abandono, se encontró que las principales características fueron: que el sexo, origen, etnicidad, religión, tener o carecer de familia al igual que la relación con ésta y el número de familias formadas no son importantes; sin embargo, no tener una pareja (ser viudo o soltero), nivel educativo bajo, haber tenido en su juventud ingreso económico mínimo, no tener ningún ingreso económico actual, la estancia en el asilo de 1 a 5 años, el no tener apoyo económico de la familia, haber ingresado involuntariamente al asilo, tener sentimiento de abandono, el haber trabajado de obrero/operario u oficios domésticos, estar entre las edades de 80 a 89 años, padecer hipertensión arterial y utilizar bastón para deambular influyen en el abandono del Adulto Mayor.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

Caracterizar los factores que integran el Síndrome de Abandono en los adultos mayores residentes de los centros de atención seleccionados de la ciudad de Guatemala, febrero-junio 2011.

2.2. Objetivos Específicos:

2.2.1. Identificar los factores biológicos que aquejan frecuentemente a los adultos mayores con Síndrome de Abandono.

2.2.2. Identificar los factores psicosociales del Adulto Mayor que influyen en el Síndrome de Abandono.

2.2.3. Determinar los factores familiares y económicos del Adulto Mayor con Síndrome de Abandono.

2.2.4. Determinar el orden de importancia de los factores integrantes del Síndrome de Abandono según los resultados obtenidos en el estudio.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Caracterización del área de estudio:

El estudio se llevó a cabo en personas mayores de 60 años, en 6 centros de atención del Adulto Mayor de la Ciudad de Guatemala, 3 centros de atención del Adulto Mayor incluidos en el listado de establecimientos vigentes del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS), 3 centros de atención del Adulto Mayor administrados por entidades religiosas.

HOGAR DE ANCIANOS “MADRE TERESA DE CALCUTA”

- Hogar de tipo religioso, fundado en 1976.
- Ubicado en: 38 calle 32-00 zona 7, Colonia Sakerty II.
- Cuenta con una congregación religiosa, representante legal y una persona responsable del lugar.
- Alberga a un total de 79 personas:
 - 45 mujeres.
 - 34 hombres.
- *Sistema de ingreso y selección:* El ingreso de las personas a este hogar, se realiza mediante la verificación de la necesidad del Adulto Mayor.
- *Cobro:* No especifican cuota debido a que ésta es variable, según el estado financiero del paciente, ayudándose mediante donaciones y Organizaciones No Gubernamentales.
- *Servicios prestados:*
 - Atención médica y de enfermería (1 médico, 6 enfermeras).
 - Fisioterapia (1 practicante de fisioterapia).
 - Alimentación.
 - Terapia ocupacional (musicoterapia, ejercicios físicos, manualidades).

- Recreación: (grupos de jóvenes voluntarios quienes organizan dinámicas recreativas y salidas ocasionales).
- *Servicios físicos:*
 - Encamamiento: Dividido en áreas exclusivas para hombres y para mujeres. (85 camas en total).
 - Sala de estancia.
 - Área de Fisioterapia.
 - Baños.
 - Cocina y Comedor.
 - Pasillos con pasamanos.
 - Área verde.
 - Clínica médica.
 - Lavandería y limpieza.

HOGAR DE ANCIANOS “PADRE RAMON” LA ISLA

- Hogar de tipo religioso, fundado en 1986.
- Ubicado en: 52 calle 32-71 Zona 7, Colonia Granizo II.
- Está a cargo de una congregación religiosa y cuenta con una directora responsable del lugar.
- Alberga a un total de 38 personas:
 - 25 mujeres.
 - 13 hombres.
- *Sistema de ingreso y selección:* El ingreso de las personas a este hogar, se realiza mediante verificación de la necesidad del Adulto Mayor y selección socioeconómica.

- Cobro: Q.1, 000.00 a Q.1, 200.00 para las personas que cuentan con familia, el resto de adultos mayores son ayudados por la congregación religiosa.
- Servicios prestados:
 - Atención médica y de enfermería (1 médico, 2 enfermeras).
 - Fisioterapia (1 practicante de fisioterapia).
 - Alimentación.
 - Terapia ocupacional (musicoterapia, ejercicios físicos, manualidades).
 - Recreación (grupos de jóvenes voluntarios quienes organizan dinámicas grupales y salidas ocasionales).
- Servicios físicos:
 - Encamamiento: Dividido en áreas exclusivas para hombres y para mujeres. (50 camas, 6 habitaciones en total, de las cuales 2 de ellas son para adultos mayores incapacitados).
 - Sala de estancia.
 - Área de Fisioterapia.
 - Baños.
 - Cocina y 2 Comedores.
 - Pasillos con pasamanos.
 - Área verde.
 - Clínica médica.
 - Lavandería y limpieza.

CENTRO DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR “EL SAMARITANO”

- Hogar de tipo privado, fundado en el año 2000.
- Ubicado en: 4ta. Calle A 16-67 zona 1.

- Cuenta con una representante legal quien también funge como directora responsable y médico del lugar.
- Alberga a un total de 7 personas:
 - 4 mujeres.
 - 3 hombres.
- *Sistema de ingreso y selección:* El ingreso de las personas a este hogar, se realiza mediante selección socioeconómica.
- *Cobro:* No especifican cuota debido a que ésta es variable, según el estado financiero del paciente (Q.1, 300.00 a Q.1, 600.00).
- *Servicios prestados:*
 - Atención médica y de enfermería (1 médico, 3 enfermeras).
 - Fisioterapia (mediante el personal de enfermería).
 - Alimentación.
 - Terapia ocupacional (musicoterapia, ejercicios físicos, manualidades).
 - Recreación.
- *Servicios físicos:*
 - Encamamiento: dividido en 4 habitaciones exclusivas, 2 de ellas para hombres y 2 para mujeres.
 - 2 Salas de estancia.
 - Baños.
 - Cocina y Comedor.
 - Terraza.
 - 1 Pasillo con pasamanos.
 - Clínica médica.
 - Lavandería y limpieza

CASA DE RETIRO DEL ADULTO MAYOR “MONJA BLANCA” CENTRO MÉDICO MILITAR

- Hogar de tipo privado, fundado en 1988
- Ubicado en: Finca el Palomar, Acatan, Santa Rosita Zona 16, Centro Médico Militar.
- Cuenta con un representante legal y una persona responsable del lugar.
- Tiene la capacidad para albergar 32 personas. Actualmente, existe un total de 27 personas:
 - 18 mujeres
 - 9 hombres
- *Sistema de ingreso y selección:* El ingreso de las personas a este hogar, se realiza mediante una revisión del estado físico y mental de la persona, así como de su capacidad de pago y el espacio disponible en el lugar.
- *Cobro:* No refirieren el valor de la cuota debido a la discreción del lugar, se aseguran del estado financiero del paciente.
- *Servicios prestados:*
 - Atención médica, psicológica y de enfermería (tipo hospital, 1 medico, 1 psicólogo, 4 enfermeras).
 - Fisioterapia (1 fisioterapista).
 - Alimentación (basada en examen según nutricionista).
 - Terapia ocupacional (musicoterapia, ejercicios físicos, manualidades).
 - Recreación (grupos de jóvenes voluntarios quienes organizan salidas ocasionales).
- *Servicios físicos:*
 - Encamamiento: Dividido en habitaciones privadas y semiprivadas.
 - Sala de estancia.

- Área de Fisioterapia.
- Clínica médica y de psicología.
- Baño en cada habitación.
- Cocina y Comedor.
- Pasillos con pasamanos.
- Área verde.
- 1 terraza.
- Lavandería y limpieza.

CENTRO DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR “SAN VICENTE DE PAUL”

- Hogar de tipo religioso, fundado en 23 de septiembre de 1983
- Ubicado en: 28 calle 25-28, zona 5.
- Cuenta con una administradora y una coordinadora responsables del lugar.
- Alberga a un total de 52 personas (tiene la posibilidad de albergar 100 personas):
 - 20 mujeres.
 - 32 hombres.
- *Sistema de ingreso y selección:* El ingreso de las personas a este hogar, se realiza mediante selección socioeconómica y necesidad del Adulto Mayor.
- *Cobro:* no especifican cuota debido a que ésta es variable, según el estado financiero del paciente.
- *Servicios prestados:*
 - Atención médica y de enfermería (1 médico, 6 enfermeros).
 - Fisioterapia (1 fisioterapeuta).
 - Alimentación.
 - Terapia ocupacional (musicoterapia, ejercicios físicos, manualidades).

- Recreación (salidas ocasionales y dinámicas grupales organizadas por grupos de jóvenes).
- *Servicios físicos:*
 - Encamamiento: Dividido en habitaciones privadas, semiprivadas y tipo apartamento exclusivas para hombres y mujeres.
 - 4 Salas de estancia.
 - Área de Fisioterapia (tipo gimnasio).
 - Baños.
 - Cocina y Comedor.
 - Pasillos con pasamanos y con bancas.
 - Área verde.
 - Salón de usos múltiples.
 - Clínica médica.
 - Capilla.
 - Lavandería y limpieza.

CENTRO DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR “EMMANUEL”

- Hogar de tipo religioso, fundado en el año 2001.
- Ubicado en: 6ta. Calle 6-01 zona 19, Colonia La Florida.
- Cuenta con un representante legal y una persona responsable del lugar.
- Alberga a un total de 25 personas:
 - 11 mujeres.
 - 14 hombres.
- *Sistema de ingreso y selección:* El ingreso de las personas a este hogar, se realiza mediante perfil socioeconómico.

- *Cobro:* No especifican cuota debido a que ésta es variable, según el estado financiero del paciente, son ayudados por iglesia evangélica.
- *Servicios prestados:*
 - Atención médica y de enfermería (1 médico, 2 enfermeras).
 - Alimentación.
 - No cuentan con terapia ocupacional.
 - Recreación (musicoterapia).
- *Servicios físicos:*
 - Encamamiento: Dividido en áreas exclusivas para hombres y para mujeres. (3 dormitorios de hombres y 1 dormitorio de mujeres, 20 camas, 10 de ellas ortopédicas).
 - 2 Salas de estancia.
 - 2 Baños.
 - Cocina y Comedor.
 - 1 Pasillo con pasamanos.
 - Clínica médica.
 - Lavandería y limpieza.

Para la realización del presente estudio se buscó información respecto a los adultos mayores de Guatemala, en distinta bibliografía, se solicitó información en el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS), y otras entidades; Sin embargo la información fue escasa o nula. Debido a esto, se presentan a continuación referencias y datos de Latinoamérica, que a pesar de ser de diferentes países, se pueden encontrar similitudes con nuestro país y pueden tomarse en cuenta los datos y generalidades aplicables a todos los adultos mayores.

3.2. Gerontología

3.2.1. **Definición:** Estudio de la vejez y los fenómenos que se asocian a la edad avanzada o son consecuencia de ella.⁹

Geriatría: Parte de la gerontología que se ocupa de las enfermedades de los ancianos.⁹

3.2.2. **Características Generales de la Edad Geriátrica:** La Asamblea Mundial sobre envejecimiento llevada a cabo en Viena en 1982, establece los 60 años como edad límite inferior de la etapa del envejecimiento.⁹

3.2.2.1. *Paciente Geriátrico:* Se caracteriza por tener más de 60 años, con problemática psicológica, social y familiar, con patología crónica concomitante o compromiso funcional.⁹

3.2.2.2. *Adulto Mayor Autovalente:* Es aquella persona capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad). Se considera que en Perú el 65% de los adultos mayores tienen esta condición (La población total de Perú es de 27,946,774 habitantes, 2,146,113 son personas adultas mayores que representan el 7,68% de la población nacional).¹⁰

3.2.2.3. *Adulto Mayor Frágil*: Se define como aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad. En Perú se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.¹⁰

3.2.2.4. *Adulto Mayor Dependiente o Postrado*: Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que entre el 3% a un 5% de personas mayores que viven en la comunidad peruana se encuentran en esta condición.¹⁰

3.3. La Vejez

3.3.1. Definición:

Es una etapa dentro del proceso de desarrollo del individuo, como resultado de factores biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociales y ecológicos, que ocurre tan natural e inevitable como la niñez y la adolescencia. “Proceso involutivo que aparece al avanzar la edad de un organismo y que resulta del predominio de los procesos de degradación sobre los de síntesis. Expresión derivada de achaques, manías, actitudes propias de la edad de los viejos. Cualidad de viejo, lo referente a la etapa senil”.¹¹

La vejez medida por el calendario, es un indicador confiable de los cambios que ocurren en la mente, cuerpo, facultades y limitaciones del hombre. Pero también la sociedad tiene su propia concepción de la vejez, como la pérdida de la funcionalidad motora, marcha lenta, deterioro en las habilidades manuales y la dependencia automática, o sea depender económicamente de la familia. Es necesario reconocer los factores que influyen en el envejecimiento, cada persona envejece de diferente manera, dependiendo del organismo, alimentación y forma de vida. “En los países en vías de desarrollo, el período de la vejez puede comenzar a una edad temprana porque en estos países la esperanza de vida es aún baja y en otros países desarrollados se considera de los 65 a los 70 años de edad o más, dada la mayor esperanza de vida que existe”.^{11, 12}

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS DE VIDA) POR SEXO, SEGÚN QUINQUENIO REPÚBLICA DE GUATEMALA AÑOS 2000 AL 2050¹³			
PERIODO	HOMBRE	MUJER	AMBOS SEXOS
2000-2005	65.50	72.50	68.91
2005-2010	66.73	73.77	70.18
2010-2015	67.92	74.98	71.38
2015-2020	69.05	76.12	72.50
2020-2025	70.12	77.19	73.57
2025-2030	71.13	78.19	74.57
2030-2035	72.07	79.12	75.51
2035-2040	72.95	79.98	76.38
2040-2045	73.78	80.77	77.18
2045-2050	74.50	81.50	77.91
Fuente: Instituto Nacional de Estadística INE, Elaboración propia de la Unidad de Género con datos de Estadísticas Vitales y Proyecciones de Población 2000- 2020			

3.3.2. Consideraciones de la vejez en la biblia:

A través de la literatura bíblica del Antiguo Testamento se conforma una destacada tradición evaluativa de la condición de la vejez en términos positivos y sublimatorios, dignificándose la ancianidad mediante la atribución de ciertos dotes y cualidades eminentes de dignidad, consejo y sabiduría, por cuya razón eran reservadas a las instituciones sociales de los consejos de

ancianos, altas misiones de asesoría, de jurisprudencia y de dirección dentro de las comunidades.¹⁴

Particularmente, el libro Levítico abunda en máximas de respeto y honra a la figura del anciano como persona que, aún por el mismo hecho de haber llegado a alcanzar la vejez, como cierta consecuencia de su anterior integridad de vida moral, lleva el sello de la elección y premio divino, debiéndosele reconocimiento por los hombres.¹⁴

En último término, la dignidad personal del hombre anciano es un valor intrínseco a la condición de senectud que ha de tener reconocimiento y utilidad social.¹⁴

3.3.3. La vejez a través de los tiempos¹⁵

3.3.3.1. *Culturas Primitivas*

ÁFRICA

Los *thoncas*, bantúes de África del Sur desprecian a los viejos y cuando se desplazan los abandonan.

Los *hopis*, tribu también del África del Sur, cuando los viejos se vuelven completamente inútiles, los van a dejar a chozas alejadas de la aldea para que se mueran.

Los *fangs* de Gabón, África Ecuatorial, seminómads, marginan, desprecian y abandonan a los viejos. Sus herederos los matan y a veces los ancianos se inmolan, haciéndose quemar vivos.

Los *htentoes*, que son seminómades, respetan a los viejos mientras no son un estorbo y pueden ayudar en algunas labores, pero cuando llegan a una edad avanzada y se vuelven inútiles, los abandonan en sus chozas sin atenderlos, hasta que mueren de hambre.

Los *zandas* del África Sudanesa, respetan a los viejos que se vuelven hechiceros poderosos, más temidos que amados, quienes dirigen la comunidad.

Los *leles*, naturales del Congo, también respetan a los viejos que tienen poderes religiosos. Los jóvenes les envidian sus mujeres, pero esperan resignados a la muerte de sus sacerdotes, de los que heredan las viudas.

Los *tivs*, bantúes de Nigeria, consideran que los viejos por su experiencia deben ser curadores y oráculos, por lo que son muy respetados.

Los *kikuyus* de Kenia, también les dan gran autoridad a los viejos, gobernándose por un consejo de ancianos.

OTRAS ÁREAS GEOGRÁFICAS

Los esquimales muestran aprecio y camaradería por la gente mayor mientras ésta puede convivir con ellos en las condiciones difíciles de subsistencia de las regiones árticas; cuando se llega a la decrepitud, se deshacen de sus viejos con dolor y hasta con ternura. Sus propios

familiares los abandonan durante una expedición, o los encierran en un iglú. Algunos los arrojan a las aguas frías del mar donde la muerte es rápida.

Los *aranda* del continente australiano, son una tribu de cazadores y recolectores que aprecian en mucho la experiencia de sus ancianos. Éstos son respetados, cuidados y bien alimentados. Los consideran magos de grandes poderes y los asuntos importantes son realizados consultando a los viejos y pidiéndoles su consentimiento.

En Conclusión, las sociedades primitivas nómadas ofrecen un ambiente desfavorable para el anciano debido a los problemas que éste presenta para mantenerlo y transportarlo cuando ya no tiene vigor para la guerra, la caza y la pesca.

Las sociedades sedentarias dan más oportunidad de una vida satisfactoria para los ancianos, son apreciados y respetados y los consideran como una carga, solo en la extrema senilidad.

3.3.3.2. *Civilizaciones Americanas*

La vejez fue estimada y respetada en la civilización maya y sus filiales mesoamericanas, lo mismo puede decirse de la civilización Inca. La conquista no implicó cambios al respecto. Los conquistadores fueron cristianos, por lo mismo las ideas judío-cristianas de respeto a la vejez de los invasores armonizaron con las de los indígenas. Hasta la época actual, la vejez es respetada principalmente en las sociedades indígenas donde asume status de poder a nivel de las jerarquías de

Principales, son los que orientan y gobiernan a la comunidad. El advenimiento del capitalismo moderno tiende a producir crisis en las jerarquías de poder familiar y comunitario; estas crisis se hacen cada vez más evidentes. La vejez pierde poder con la difusión de la industrialización, pero estos desórdenes transitorios se compensan con el logro de mejores condiciones de vida, lo que trae como consecuencia el aumento de la población de edad avanzada en los países americanos, problema que se trata de resolver siguiendo ideas evolutivas de la sociedad industrial en los países occidentales.

3.3.4. **Envejecimiento biológico:**

En la actualidad existe una hipótesis genética en la cual el envejecimiento está genéticamente programado.⁷

Las células humanas tienen una vida limitada por el número de divisiones celulares posibles. Una de las más estudiadas y reconocidas variaciones que se presentan en este proceso de división celular es el acortamiento de los telómeros, los cuales tienen como funciones esenciales prevenir la pérdida de las secuencias finales del ADN en la replicación, y prevenir la interacción con otras terminaciones cromosómicas. A medida que suceden las divisiones celulares, el telómero va acortándose de manera progresiva hasta llegar a un punto crítico en el cual detiene la división celular, estado conocido como SENESCENCIA CELULAR. Los organismos no mueren de súbito cuando todas sus células detienen su mitosis y mueren. Sin embargo, los factores relacionados con la replicación celular limitada pueden influir de manera más directa en el envejecimiento.^{3, 7}

3.4. Situación socioeconómica y demográfica

De acuerdo con datos oficiales, en Guatemala en el año 2002 existía una población de 713,780 adultos mayores, significando el 6.3 % de la población total y que según las proyecciones en el año 2025 llegarán a ser más de 1,429.230 lo cual representará el 7.3% y en el año 2050 la tasa de crecimiento de la población envejecida será 3, 625,044 significando el 13% de la población total guatemalteca.^{6, 16}

Guatemala: Población Total según grupos quinquenales de edad. Periodo 2005 –2050¹⁶

Grupos quinquenales de edad	Población total									
	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Total	12.700.611	14.361.666	16.176.133	18.055.025	19.962.201	21.804.279	23.546.402	25.164.137	26.632.081	27.928.779
0- 4	2.036.448	2.165.745	2.262.514	2.316.795	2.336.459	2.318.867	2.269.179	2.196.048	2.110.086	2.017.767
5- 9	1.823.764	2.004.670	2.142.308	2.243.683	2.302.912	2.323.779	2.307.465	2.259.135	2.187.283	2.102.498
10-14	1.624.227	1.798.262	1.988.541	2.130.908	2.237.241	2.296.906	2.318.242	2.302.498	2.254.724	2.183.407
15-19	1.379.668	1.590.147	1.776.352	1.972.600	2.121.313	2.228.063	2.288.336	2.310.429	2.295.500	2.248.505
20-24	1.180.337	1.322.125	1.553.450	1.749.662	1.956.141	2.105.175	2.212.643	2.274.061	2.297.421	2.283.808
25-29	952.749	1.128.960	1.286.639	1.524.790	1.728.927	1.934.921	2.084.338	2.192.864	2.255.684	2.280.582
30-34	753.187	913.192	1.099.039	1.261.035	1.502.685	1.705.919	1.911.314	2.061.268	2.170.819	2.235.034
35-39	600.195	725.691	889.673	1.076.426	1.240.370	1.479.914	1.682.099	1.886.937	2.037.208	2.147.586
40-44	492.778	580.303	707.191	870.464	1.056.546	1.219.067	1.456.279	1.657.367	1.861.322	2.011.611
45-49	409.715	475.449	563.431	689.548	851.434	1.034.907	1.195.681	1.430.269	1.629.791	1.832.371
50-54	367.087	393.702	459.432	546.555	671.179	830.105	1.010.396	1.169.061	1.400.238	1.597.475
55-59	310.935	350.124	377.242	442.036	527.764	649.476	804.611	980.919	1.136.593	1.363.091
60-64	233.661	292.331	330.803	357.891	421.154	504.222	621.985	772.151	942.951	1.094.274
65-69	193.007	214.491	269.838	306.756	333.515	393.959	473.252	585.645	728.800	891.751
70-74	156.279	170.028	190.050	240.655	275.330	300.998	357.361	431.415	536.097	669.201
75-79	107.438	128.990	141.254	159.170	203.389	234.531	258.331	309.051	375.592	469.347
80+	79.135	107.456	138.376	166.071	195.842	243.470	294.890	345.019	411.972	500.471

Fuente: Instituto Nacional de Estadística INE, Con base en el XI Censo de Población y VI de Habitación 2002

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) los adultos mayores entre los 60 a 69 años de edad representan el 50% del total de la población, siendo ésta todavía una población activa. Desglosada la información, las mujeres adultas mayores

representan el 50.34% que equivalen a 359,365 y los hombres adultos mayores representan el 49.65% equivalente a 354,415. Es importante mencionar que Guatemala es un país pluricultural y multilingüe, y que del total de la población adulta mayor, el 36% es población de descendencia Maya, el 0.17 % población Xinca y el 0.079% población Garífuna.⁶

Los adultos mayores se encuentran localizados un 51% en el área urbana y el 48% en área rural, el 53% viven en el área rural y son mujeres, lo cual indica que los hombres mantienen sus hábitos agrícolas por lo que la migración hacia las áreas urbanas es menor que las mujeres. Según el INE, los departamentos con mas índice de población adulta mayor es el departamento de Guatemala con un 24%; esto posiblemente se debe a que se encuentra centralizados la mayoría de servicios, otro de los departamentos con mayor índice es San Marcos con 7.4% y Huehuetenango 6.8%, mientras los departamentos con menos índices de adultos mayores son: El Progreso con 1.6 % y Baja Verapaz con 1.9 %, y el departamento que tiene más mujeres adultas mayores en el área rural es Alta Verapaz con 7.6 %.⁶

Según estudios realizados en Tapachula (Chiapas – México 2008)¹⁷, se menciona, respecto a los adultos mayores:

Nivel de estudios: En este estudio realizado en México, observaron que el nivel escolar es bastante bajo, más de un tercio de la población no tiene ningún estudio (36.4%) y más de cuarenta por ciento solamente cuenta con primaria (41.3%). Uniendo a los que no tienen estudios y los que solamente hicieron primaria, pudieron afirmar que, más de las tres cuartas partes de la población, tiene bajo nivel de estudios, los otros niveles están por abajo del diez por ciento por múltiples

razones, tales como época del conflicto armado, un sistema educativo, naciente, desorganización educativa, muchos problemas operativos, económicos y sociales entre otros.

Nivel de estudios según sexo: Según los resultados, en Tapachula, el nivel educativo es mayor en las mujeres ya que, entre quienes no tienen ningún tipo de estudios, existe una diferencia de más de 5 puntos: el 39% eran mujeres y el 33.8% varones. Sin embargo, entre quienes poseen estudios de primaria, las mujeres están tres puntos por encima. La tónica general en los demás niveles de estudios, es que los porcentajes de los varones son mayores que el de las mujeres.

Grado de analfabetismo:

Sabe leer: Más de las $\frac{3}{4}$ partes de la población (77.2%) sabe leer, cerca de una cuarta parte (22.8%), no sabe. Con relación al sexo se aprecia que los varones saben leer en mayor porcentaje (81.1%) que las mujeres (73.4%) con una diferencia porcentual de más de siete puntos.

Sabe escribir: Los datos ponen de manifiesto que cerca de las tres cuartas partes de la población (72%) saben escribir y algo más de la cuarta parte (28%) no. Varones 76.3%, mujeres 67.9%, con una diferencia de más de ocho puntos porcentuales.

Situación Laboral: Un tercio de la población trabaja (33.1%), o es ama de casa (29.1%). Mientras que el restante cuarenta por ciento está sin trabajo (16.3%) o bien, jubilado o pensionado (21.5%). Por tanto, muy cerca de dos terceras partes de la población en Tapachula (62.2%), son individuos productivos en esta etapa de

la vida. En esta población cerca del sesenta y tres por ciento tienen empleo o trabajan como ama de casa. Solo un poco más de una quinta parte disfruta de los beneficios de la jubilación. Las mujeres que se ocupan de las labores del hogar se acercan al cincuenta por ciento (49.4%), siendo esta cifra muy superior a la de los varones que desempeñan labor de ama de casa (7.8%). Sin embargo, son los varones los que mayor porcentaje presentan con relación a los que trabajan (46.5%) que las mujeres (20.3%), con una diferencia de más de veintiséis puntos porcentuales. Igualmente sucede entre los que están sin trabajo, son varones los que presentan casi una cuarta parte de la población, 22.7%, las mujeres se sitúan en el 10.3%. Por último, existen más varones jubilados, 23.1%, que mujeres, 20%, con una diferencia de algo más de tres puntos porcentuales.

Estado Civil: Cerca de las dos terceras partes de la población estudiada, comparten su vida con la familia, ya que manifiestan estar casados o que viven en pareja (62%), el resto viven solos, destacando que un poco más de la cuarta parte (25.8%) son viudos. Es sobresaliente que casi dos terceras partes viven integrados a la familia, mientras que el resto, lo hace con otros familiares o viven solos. Los varones presentan mayor porcentaje que las mujeres, cuando dicen que están casados o viven en pareja 66.8 y 57.4% respectivamente, con una diferencia porcentual de más de nueve puntos. Casi la misma diferencia que se aprecia entre quienes están viudos, pero se invierten los términos, ya que los porcentajes de mujeres viudas (30.8%) es superior al de los varones (20.5%) sin embargo el estado de soltería presenta porcentajes muy similares, 6.4% varones y 5.5% mujeres.

Ingresos Mensuales: La situación económica de esta población mexicana es alarmante, cerca de las tres cuartas partes (68.6%) tienen ingresos mensuales de

124 dólares o menos. De ellos, el 20% se encuentra en estado extremo de pobreza, con ingresos de 40 dólares o menos. Solamente el 12.1% perciben al mes 200 dólares o más.

Tenencia de hijos: Los resultados del estudio de Tapachula muestran que esta es una población, que casi en su totalidad, (91%) tiene hijos y solo el 9% carece de descendencia. Del mismo modo, se aprecia que son familias numerosas, ya que un poco más del ochenta por ciento (80.6%) tiene más de 3 hijos. De ellos, casi el sesenta por ciento dice tener entre 3 y 6 hijos y casi una cuarta parte entre 7 y 10 hijos. Es sobresaliente el hecho de que más del tres por ciento tenga más de 11 hijos, y en especial, que exista una familia con 24 hijos.¹⁷

Con quiénes viven actualmente: El estudio mexicano reveló que 83.6% viven solos con su pareja, con esposa e hijos o solo con los hijos. Por el contrario, el 10% vive solo y un 5% hace con otros familiares. Los varones, 31.2%, y las mujeres, 24.3%, viven con su pareja. Las madres que viven solas con los hijos es superior en doce unidades porcentuales al de los varones 16.7 frente a 28.5%.¹⁷

Quién lo atiende: Una tercera parte es atendida por la pareja (36.7%), por los hijos 37.1%, la quinta parte por ellos mismos (19.5%). Los varones, el 45.1%, manifiestan que son atendidos por las esposas. Sin embargo los hijos atienden más a las mujeres que a los varones, con una diferencia de más de doce puntos porcentuales. Por último se observa también que más mujeres que varones se atienden solas, con una diferencia de más de tres puntos porcentuales.¹⁷

Un dato interesante es una investigación publicada en el Diario la TRIBUNA¹⁸, en Tegucigalpa, Honduras, donde indican que únicamente el siete por ciento de los adultos mayores cuenta con una pensión digna para su retiro. Según esta publicación, el 93 por ciento de la población mayor, tampoco tiene beneficios, pese a que representan más de 23 mil personas que con esfuerzo aportan a la economía del país. Usualmente, las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, pero se calcula que las pensiones de los jubilados en Honduras son precarias, aunque paradójicamente se registran pensiones de ex funcionarios que superan los 1600 dólares, en comparación con la mayoría que no llega ni al salario mínimo.

3.5. Situación de protección legal^{11, 19, 20, 21}

Los derechos de los adultos mayores están enmarcados en la Constitución política de la República de Guatemala artículo 51 y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada según resolución de la Asamblea General 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948; artículo 25, 18, 115, 113, 102, 207, 217, 101, 204 **(La Constitución Política de la República prevalece sobre cualquier Ley o Tratado). Art. 175 (Jerarquía Constitucional Ipso Jure). Art. 210 (Ley del Servicio Civil del Organismo Judicial). Decreto 80 –96 Ley de Protección a las Personas de la Tercera Edad:** y sus reformas 2-97 y 51-98, reglamento Acuerdo Gubernativo 135 2002. **Decreto 85-2005 Ley del Programa del Aporte Económico del Adulto Mayor** y su reforma decreto **39**.

3.5.1. Normativa que protege a la población adulta mayor:

En Guatemala se cuenta con normativa legal nacional e internacional de protección para las personas adultas mayores, la cual constituye una fortaleza en la búsqueda de mejorar la calidad de vida, así como el respeto y el

reconocimiento de los derechos humanos de esta población; a continuación se detallan los instrumentos referidos:

Constitución Política de la República su artículo 51 reza: *“El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará sus derechos a la Alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social”*.

En su *artículo 18* dicta, los personas mayores de sesenta años no se les impondrá la pena de muerte.

En su *artículo 115* se refiere a la cobertura gratuita del Seguro Social.

El *artículo 113* se refiere al derecho de optar a empleos o cargos públicos.

El *artículo 102*, segundo párrafo literal L, establece que los trabajadores mayores de 60 años, serán objeto de trato adecuado a su edad.

En sus *artículos 207, 217* se refieren al derecho de optar a ser Magistrados de la Corte Suprema de Justicia sin discriminación por razones de edad; por ello establece en el *artículo 101*, que el trabajo es un derecho de la persona y una obligación social; lo estipulado en la Constitución Política de la República, establece una serie de condiciones favorables para las personas adultas mayores, no sólo como persona humana, sino por el derecho de obtener un trabajo y desempeñarlo conforme a sus capacidades; sin embargo, la Ley de la Carrera Judicial artículo 30, inciso D, la cual indica que, con relación al trabajo deben abandonarlo por jubilación puede ser voluntaria a los 50 Años y

obligatoria a los 75 años, lo que contradice a la Carta Magna en sus artículos: 204 (*La Constitución Política de la República prevalece sobre cualquier Ley o Tratado*). Art. 175 (*Jerarquía Constitucional Ipso Jure*). Art. 210 (*Ley del Servicio Civil del Organismo Judicial*).

Decreto 80 –96 Ley de Protección a las Personas de la Tercera Edad y sus reformas 2-97 y 51- 98, reglamento Acuerdo Gubernativo 135-200.

Esta Ley tiene por objeto tutelar y proteger a la población Adulta Mayor, abordando temas como Derechos y Obligaciones de las instituciones encargadas de su atención, el régimen social y, entre éste la familia, la salud, la vivienda, el medio ambiente, la educación, el trabajo y la seguridad social. Creando el Comité Nacional de Protección a la Vejez -CONAPROV- como un Comité de alto nivel como rector de la Ley.

3.5.2. *Ley para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia Intrafamiliar*

Artículo 2. De la aplicación de la Ley. Se integra en población de protección especial de dicha Ley a los ancianos y ancianas y personas con discapacidad.

Al igual que la Ley de Protección para las personas de la Tercera Edad (80-96), sanciona a la misma familia por ejercer violencia, despojo o abandono contra las personas adultas mayores; consideramos que aún falta mucha concienciación en las instituciones operadoras de justicia para su aplicación y vigilancia.

3.5.3. ***Código de Trabajo:***

Se contempla aspectos de vejez, indemnización e invalidez y las obligaciones de pensión que deben ser cubiertas por el IGSS. Sin embargo este código de alguna forma justifica los despidos por razones de edad.

3.5.4. ***Código Civil:***

Artículo 317 numeral 2. Excusan a las personas de 65 años de ejercer tutela y protutela; no obstante existe un alto porcentaje de personas adultas mayores a cargo de la tutela de sus nietos, por razones de muertes o abandono de las madres y padres.

3.5.5. ***Código Penal:***

Artículo 48. Indica que no están obligados a trabajar los reclusos mayores de 60 años.

3.5.6. ***Ley de Servicio Civil:***

Da derecho a jubilación a los trabajadores del Estado a las personas mayores de 50 años. Sin embargo la Ley de Carrera Judicial obliga a la jubilación a los 75 años, ejerciendo discriminación hacia las personas que aún desean seguir trabajando.

3.5.7. ***Ley constitutiva del Ejército:***

Establece que las personas mayores no están obligadas a prestar el servicio militar.

3.5.8. ***Ley de Arbitrio de Ornato Municipal:***

Están exentos de pagar boleto de ornato los siguientes: Las personas mayores de 65 años, Las personas que gozan de alguna jubilación y las

personas con discapacidad. Sin embargo aún existen municipalidades que están cobrando el arbitrio municipal a esta población.

3.6. Abandono del Adulto Mayor

3.6.1. **Definición de abandono:** Implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno, o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral, puede ser intencionada o no intencionada.⁷

3.6.2. **Causas de abandono¹¹:**

Abandono económico:

La economía es un aspecto que repercute profundamente en la vida familiar; el alto costo de la vida es un fenómeno que perjudica al Adulto Mayor, debido a que por su edad avanzada no puede aportar al presupuesto familiar.

En su mayoría la población senescente, no cuenta con una alternativa adecuada a su situación; por ello, se han acostumbrado de tal manera al desequilibrio socioeconómico, perjudicando a sus miembros y por consiguiente a la organización familiar.

En cuanto al aspecto económico, algunos gozan de pensión económica en diversa forma, sea esta por jubilación, invalidez o viudez, pero existe un porcentaje que no goza de esos beneficios, tendiendo a depender de la familia y si no contribuye al ingreso familiar o la familia no cuenta con los medios necesarios de cuidado y manutención, muchos de ellos son abandonados o internados en hogares altruistas que se sostienen con donaciones nacionales

y/o internacionales y acciones caritativas de la sociedad humanista, encontrándose dentro de estos servicios en su mayoría, hogares religiosos.

Abandono social:

Los adultos mayores actualmente en el país son abandonados por la sociedad, se puede ver que con frecuencia algunos senescentes piden limosna o bien se convierten en pordioseros, recogen basura o desperdicios y se convierten en cargadores de bultos en los mercados, debido a su edad avanzada nadie los emplea creyendo que son personas inútiles e incapaces de poder desempeñar determinada función.

Especialmente en sociedades como la guatemalteca, en la que predomina la inestabilidad económica y social, la población de la tercera edad ya no es tomada en cuenta y únicamente esperan el final de sus vidas, posiblemente con la esperanza de ser beneficiados con los servicios públicos que el Estado debe brindar.

Factor cultural:

Es un factor importante en el análisis de este problema de la vejez, según el medio cultural en el que se desenvuelvan así será la forma de pensar y afrontar los problemas inherentes a dicha etapa. En Guatemala existe el problema del analfabetismo, marcado en la población adulta mayor y que se manifiesta en que no tengan educación adecuada y con ello insuficiente preparación para asegurar su etapa de longevidad.

Abandono por rechazo:

Por la misma falta de preparación que en la juventud y la madurez se ha tenido, es que se manifiesta el rechazo hacia las personas adultas mayores; en la mayoría de casos, éstos son tenidos como una “molestia”. Las personas longevas están conscientes en que merecen un poco más de respeto y aprecio de los demás, pero lo contrario a esto, existen choques generacionales (jóvenes-adultos mayores), siendo aquí en donde se sienten rechazados y a veces tienden a abandonar el hogar, sintiéndose avergonzados de su propia edad.

Desintegración familiar:

El problema de la longevidad, parte de las condiciones de vida en familia, por ser ésta el medio primordial de seguridad humana. Un problema general, es la desintegración familiar, en donde la presencia de los adultos mayores no tiene ningún valor; el tener gente anciana en los hogares actuales representa una “carga” económica y al Adulto Mayor muchas veces sólo le queda la posibilidad de la mendicidad o buscar ayuda de las instituciones que se encargan de velar por los derechos humanos, como lo es la Procuraduría de los Derechos Humanos y la Procuraduría General de la Nación.

El Adulto Mayor en su mayoría tiene escasa participación en la relación hogareña, generalmente no los comprenden porque se convierten en personas inoportunas y casi nunca se les toma en cuenta ante las decisiones familiares, han sido despersonalizados, convertidos en objetos humanos a quienes pueden manipular sin tomar en cuenta su propia opinión.

Si conviven con familiares que no sean hijos, éstos le limitan el afecto, buscando la manera de deshacerse de ellos para no responsabilizarse del cuidado que requieren. En otras ocasiones y por lo general, la familia es de escasos recursos económicos y el Adulto Mayor no le queda otra opción que recurrir a las instituciones encargadas de velar por sus derechos, con el propósito de no ser un obstáculo en el seno familiar.

3.6.3. Tipos de abandono¹¹:

Abandono Total:

Este tipo de abandono consiste, en que los adultos mayores no tienen quien los cuide y cubra sus necesidades básicas, viéndose obligados a depender de la sociedad que les proporciona caridad, por medio de limosnas y dádivas.

Abandono Parcial:

El abandono parcial, es más notorio en las familias que tienen las posibilidades de pagar un hogar privado, en donde aportan un monto relativo y el Adulto Mayor queda prácticamente internado en dicho lugar, y la relación entre la familia y el Adulto Mayor se ve cada vez más alejado, porque en su mayoría los familiares lo visitarían ocasionalmente, sintiéndose el adulto mayor cada día más solo. Pero se da el caso, que las familias con escasos recursos, recurren a la ayuda de hogares públicos, con el propósito de albergar a sus adultos mayores y aparte de llenar ciertos requisitos resulta que sus expedientes se quedan pendientes, para luego ser llamados, porque no hay cupo, y eso se debe a que el único hogar público que existe está ubicado en la Antigua Guatemala y opera a nivel nacional, con una capacidad para 150 personas mayores de 65 años de edad.

Abandono Físico:

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

Un Adulto Mayor en situación de abandono, deberá entenderse:

- Una persona mayor de 65 años de edad, que carece de medios de subsistencia.
- Estar privado de alimentos o de atenciones que requiere su salud.
- No disponer de vivienda.
- Ser objeto de malos tratos físicos o mentales por parte de sus familiares o de terceras personas.
- Encontrarse en circunstancias de desamparo que lleven a la convicción de que se encuentra en situación de abandono, la cual será declarado por el Tribunal de Familia, cumpliendo con los procedimientos establecidos en la Ley.

Por ello, es necesario poner en práctica lo preceptuado en el Artículo 31 de la Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad: *“En caso de desamparo o abandono, corresponde al Estado promover la atención de las personas de la tercera edad, ya sea en forma directa o por medio de*

instituciones establecidas o creadas para el efecto, tales como asilos (hogares) o casa de asistencia social”.

3.6.4. Factores de riesgo para el abandono en la vejez²²:

- *Deterioro Físico:* Problemas de la marcha (caminar), poca o nula fuerza muscular, encamamiento, relacionado con problemas de salud y estado emocional.
- *Dependencia Física:* En actividades de vida diaria básicas (requiere ayuda para: baño, vestido, alimentación, movilización, cambio de pañales, dar tratamiento médico, higiene etc.). *Dependencia Emocional:* Depende en el ámbito afectivo del cuidador u ofensor para estar bien.
- *Dependencia Económica:* Depende del dinero que le brindan familiares, amigos u otros para subsistir: alimentación, vivienda, pago de servicios de agua, luz, teléfono.
- *Aislamiento Social:* No tiene contacto con amigos, familiares, vecinos, no participa en reuniones familiares, ni en decisiones de la familia.
- Condición de género, predomina el riesgo en mujeres.
- Viudez
- Depresión

- Deterioro reciente de la salud: enfermedades que le afectan.
- *Demencia*: Deterioro profundo del conjunto de las funciones psíquicas: memoria, orientación en tiempo persona y espacio, conducta.
- *Baja Autoestima*: No se quiere a sí mismo, siente que estorba, no tiene intereses, cree que lo que vive esta bien.
- *Dificultades o Limitaciones para Administrar sus Bienes*: Por condición de salud integral no asume retirar pensión, no tiene a cargo sus propiedades: casa, carro, documentos personales.
- *Factores de Riesgo Sociofamiliar*:
 - ✓ Relación familiar disfuncional: Familias con problemas de comunicación, límites o reglas de respeto, apoyan, poca o ninguna organización familiar.
 - ✓ Problemas económicos: No hay dinero, ni ingresos para atender las necesidades del Adulto Mayor.
 - ✓ Falta de recursos de apoyo: Asistencia económica, asistencia alimenticia, asistencia de cuidado en los ámbitos: comunal, institucional y familiar.
 - ✓ Existencia de problemas de farmacodependencia.

- ✓ Presencia de algún miembro de la familia con trastornos de la personalidad.
- ✓ Conductuales: Problemas de origen psiquiátrico, emocional o de conducta.
- ✓ Historia familiar conflictiva y/o con antecedentes o persistencia de violencia doméstica que generan agresión o maltrato.
- ✓ Sobrecarga del proceso de cuidado en una sola persona.
- ✓ Falta de organización familiar.
- ✓ Ausencia de conocimientos en el grupo familiar sobre el proceso de atención y cuidados requerido por la persona adulta mayor.
- ✓ Condiciones de vivienda inadecuadas por falta de servicios básicos (casa en mal estado, techo con goteras, madera con agujeros, piso con agujeros, humedad, poca ventilación, no hay luz eléctrica, ni agua potable).
- ✓ Hacinamiento en el hogar: Más de dos personas por dormitorio.
- ✓ Conflictos intergeneracionales: Adultos, adultos mayores y adolescentes no pueden comunicarse bien por diferencias de años e intereses.

3.6.5. Perfil de personas adultas mayores víctimas de maltrato, negligencia y abandono²²:

En Costa Rica, para documentar estos factores de riesgo realizaron la revisión de la información contemplada en el expediente de salud de cada Adulto Mayor con diagnóstico CIE-10 de Síndrome del Maltrato y sus diferentes formas. Físico, psicológico, sexual, patrimonial, negligencia y abandono, se revisó la valoración integral e intervención realizada de los 680 casos atendidos durante el 2006, lo cual permitió establecer el perfil que se detalla a continuación:

- Persona adulta mayor de 75 años y más.
- El sexo femenino representa un 70% de los casos.
- Deterioro cognitivo (pérdida de memoria, capacidad para tomar decisiones, capacidad de cuidarse por sí solo) de la persona adulta mayor.
- Dependencia funcional (física y para caminar) en actividades de vida diaria básicas e instrumentales (baño, vestido, alimentación, citas médicas, tomarse medicamentos, arreglo personal, viajar en bus, conducir).
- Sentimientos de soledad, aislamiento social del Adulto Mayor (no tiene comunicación con familiares, amigos, vecinos, siente tristeza, está solo).

- Dependencia emocional de la persona adulta mayor con el ofensor (siente que necesita hijo o hija, nieto o nieta para vivir).
- Depresión en la persona adulta mayor en proceso de duelo (tristeza por viudez, pérdida de un ser querido, otras pérdidas).
- Depresión en el cuidador.
- Sobrecarga del cuidador (única persona asume el cuidado y atención de las necesidades de la persona mayor y no hay apoyo de la familia).
- Dinámica familiar conflictiva.
- Características de manipulación, (controla todo, responde por la persona mayor, rechazo o agresividad del acompañante o familiar).
- Problemas de farmacodependencia del ofensor (hijo, nieto, cuidador, otro).
- Incapacidad mental o intelectual del cuidador principal.
- Historia familiar de violencia intrafamiliar de largos años.
- Historias de conflictos familiares (problemas) no resueltos y resentimientos asociados.

3.7. Asilo¹⁵

Los griegos llamaron *Gerocomiun* a los refugios para ancianos achacosos, pero esta institución el cristianismo la sustituyó por los hospitales para peregrinos menesterosos y desvalidos, incluyéndose entre estos últimos a los viejos.

Los *asilos* o centros de atención del Adulto Mayor, son instituciones de asistencia donde son alojadas algunas personas de edad avanzada que aparentemente no tienen otra finalidad que el agrupamiento, la reclusión y una supervisión médica elemental, y podrían convertirse en una piedra angular del cuidado a corto y largo plazo no solo como una opción de estancia temporal sino también para brindar apoyo a la familia y sociedad.

Simone de Beauvoir, al tratar sobre la situación de los centros de asistencia pública en la actualidad, indica que la mayoría son establecimientos donde priva un ambiente deprimente y que en su país (Francia) a la Salpetriere se le calificó de “Mortidero de Viejos”. Al respecto cita las estadísticas del Dr. Paquisot que indicaron lo siguiente en relación con la mortalidad en los asilos tradicionales:

- 8% mueren en los 8 primeros días
- 28% mueren en el primer mes
- 45% mueren en los seis primeros meses
- 54% mueren en el primer año
- 64% mueren en los dos primeros años

Los asilados acuden a estos “hospicios de mendicidad” como les llama Laroque, principalmente por la falta de recursos. Además de la pobreza, otras causas para internarse allí son la imposibilidad de encontrar alojamiento, fatiga para cuidarlo,

razones familiares por rechazo de sus hijos que se niegan a “cargar con los viejos” y la necesidad de asistencia médica.

3.7.1. Objetivos de los Centros de Atención del Adulto Mayor:

Según el libro de GERIATRÍA CLÍNICA³ los objetivos de la atención en un asilo son los siguientes:

- Proporcionar un ambiente seguro y de apoyo para las personas dependientes y con enfermedades crónicas.
- Recuperar y mantener el mayor nivel posible de independencia funcional.
- Conservar la autonomía personal.
- Mejorar lo más posible la calidad de vida, el bienestar percibido y la satisfacción con la vida.
- Proporcionar comodidad y dignidad a los pacientes con enfermedad terminal y a sus seres queridos.
- Estabilizar y retrasar el avance de enfermedades crónicas, siempre que sea posible.
- Prevenir enfermedades agudas e iatrogenias, identificarlas y tratarlas de inmediato cuando se presenten.

Éstos se deben concentrar en la independencia funcional, autonomía, calidad de vida, comodidad y dignidad de los residentes.

Sin olvidar que la población del asilo debe ser heterogénea para centrar e individualizar los objetivos de la atención. Esta origina una gama de objetivos para el cuidado de los asilos. Los residentes suelen subdividirse en 5 tipos básicos:

- Residentes con estancia breve (1 a 6 meses)
 - Enfermos terminales
 - Rehabilitación a corto plazo
 - Medicamentos, inestable o enfermedad subaguda

- Residentes con estancia larga (6 meses a años)
 - Daño cognoscitivo primario
 - Daños importantes en la función cognoscitiva y física
 - Principalmente daño físico

Esta clasificación debería ayudar al médico y al equipo interdisciplinario a concentrar el proceso de planeación de atención en las metas más críticas y realistas para residentes individuales. Ya que hay varios factores que diferencian la valoración y tratamiento del residente en relación con las que proporcionan en otros ambientes, para poder desarrollar una base de datos integral y un plan de atención individual. Sin olvidar que es posible que los residentes sean incapaces de relatar con precisión sus historiales médicos o describir sus síntomas y es frecuente que los expedientes médicos estén incompletos o sean inaccesibles.

3.7.2. Factores que influyen sobre la calidad de vida en los centros de atención del Adulto Mayor²³:

Los resultados obtenidos en un estudio salvadoreño, con respecto a la población anciana institucionalizada coinciden en parte con los obtenidos por Marín y colaboradores (2004), en cuanto a que la mayoría son mujeres viudas, solteras o separadas con bajo nivel educacional. El 32% de los ancianos eran varones y el resto (68%) eran mujeres. En cuanto al estado civil, la mayoría eran viudos, solteros o divorciados. Sólo el 17 % tenía pareja. Con respecto al nivel educacional, el 66% tenía sólo estudios primarios, el 28% secundarios y el resto (6%) universitarios. Con respecto al estado de salud de los adultos mayores entrevistados, era bueno en el 49 % de los casos y regular en el 51% restante. En cuanto a la preparación previa para la internación, solamente el 27% recibió algún tipo de preparación. Con respecto a la frecuencia y calidad de la relación con los otros internos y con el personal de la institución, en términos generales, resulta insatisfactoria, así como el grado de satisfacción con el apoyo familiar recibido. Si bien el apoyo que reciben no les resulta suficiente, justifican a sus familiares, que generalmente son sus hijos (en mayor proporción varones) argumentando que si no se ocupan más de ellos es porque no pueden, debido a que tienen que cumplir con otras obligaciones (laborales, familiares, etc.).

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Tipo: Descriptivo observacional.

4.2. Unidad Primaria de Muestreo: 159 Pacientes adultos mayores ingresados en 6 centros de atención del Adulto Mayor de la Ciudad de Guatemala, 3 centros de atención del Adulto Mayor incluidos en el listado de establecimientos vigentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y 3 centros de atención del Adulto Mayor administrados por entidades religiosas.

4.2.1. Unidad de Análisis: Datos Epidemiológicos y Clínicos proporcionados por los pacientes, personal de atención, diseñados para el efecto y datos del expediente clínico.

4.2.2. Unidad de Información: Pacientes adultos mayores ingresados en los 6 centros de atención del Adulto Mayor de la Ciudad de Guatemala, 3 centros de atención incluidos en el listado de establecimientos vigentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y 3 centros de atención del Adulto Mayor administrados por entidades religiosas.

4.3. Población: Personas adultas mayores de ambos sexos que residen en los 6 centros de atención del Adulto Mayor de la Ciudad de Guatemala, 3 centros de atención incluidos en el listado de establecimientos vigentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y 3 centros de atención del Adulto Mayor administrados por entidades religiosas.

4.3.1. **Marco muestral:** Total de la población de los 6 centros de atención del Adulto Mayor de la Ciudad de Guatemala, 3 centros de atención incluidos en el listado de establecimientos vigentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y 3 centros de atención del Adulto Mayor administrados por entidades religiosas.

4.4. Selección de los sujetos a estudio:

4.4.1. Criterios de inclusión:

- Adulto Mayor.
- Institucionalizados en el área metropolitana.
- Sexo Masculino y Femenino.

4.4.2. Criterios de exclusión:

- Centros de atención del Adulto Mayor no localizados en la ciudad de Guatemala.

4.5. Definición y operacionalización de variables:

VARIABLE	SUBVARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Factor Biológico	Discapacidad	Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.	Ceguera	Cualitativa	Nominal	Encuesta / Ficha Clínica
			Sordera			
			Bastón			
			Silla de Ruedas			
			Cama			
	Enfermedades Asociadas a la Vejez	Procesos que se desarrollan en personas de edad avanzada, caracterizados por alteraciones de su estado normal de salud	Diabetes Mellitus			
			Hipertensión Arterial			
			Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica			
			Enfermedad Peptica			
			Enfermedad del Colon			
			Síndrome de Malabsorción			
			Alzheimer			
			Parkinson			
			Incontinencia Urinaria			
			Fractura Osteoporotica			
			Otros			
	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de la medición	Años	Cuantitativa	Discreta	
	Sexo	Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer	Hombre	Cualitativa	Nominal	
			Mujer			

Variable	Subvariable	Definición	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Instrumento
Factor Psicosocial	Lugar de Nacimiento	Lugar de procedencia de una persona	Municipio (donde nació)	Cualitativa	Nominal	Encuesta / Documento de Identificación
	Etnia	Comunidad natural de personas que presentan ciertas afinidades raciales, lingüísticas, religiosas o culturales	Indígena Ladino Garífuna Xinca Otro			
	Religión	creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado	Católico Evangélico Mormón Testigo de Jehová Ateo Otro			
	Estado Civil Actual	Estado legal que ubica a una persona en su relación de pareja	Soltero Casado Viudo Divorciado Otro			
	Escolaridad	Conjunto de cursos aprobados en un centro docente	Ninguna Primaria Secundaria Diversificado Técnico Universitario			
	Oficio o Profesión Previo	Ocupación habitual, empleo o actividad que realizaba a cambio de un salario	Obrero/operario Comerciante Oficinista Domésticos Profesional Técnico Otros Ninguno			
	Hábitos	Afición excesiva a una cosa, generalmente perjudicial	Ninguno Tabaco Alcohol Tranquilizantes Somníferos Drogas ilícitas			
	Social	Red compuesta por familia, amigos, vecinos y miembros de la comunidad que está disponible para brindar ayuda psicológica, física y financiera en los momentos	Amigos Vecinos Institución ONG Gobierno Otros Ninguno			
	Voluntad de Internación	Elección o deseo de ser internado	Voluntario Involuntario			
	Tiempo de Estancia en el centro de atención del adulto mayor	Período de permanencia en un lugar	Meses Años	Cuantitativa	Discreta	
	Estado de Animo	estado emocional prolongado que influye sobre la totalidad de la personalidad y de las funciones vitales	Muy Alegre Poco Alegre Neutro Poco Triste Muy triste	Cualitativa	Ordinal	
	Causas de Abandono	Motivos, fundamentos o razones de desidia	Económico Social Familiar			

Variable	Subvariable	Definición	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Instrumento
Factor Familiar	Apoyo Familiar	Ayuda psicológica, física y financiera en los momentos de necesidad por parte de la familia o algún miembro de ésta	Pareja Hijo/a Nieto/a Hermano/a Otro	Cualitativa	Nominal	Encuesta / Documento de Identificación
	Familiar encargado	consanguíneo, emparentado o pariente responsable del anciano	Hijos Nietos Hijos políticos Sobrinos Otro			
	Relación Familiar	Conexión, trato, enlace o comunicación entre personas emparentadas	Buena Mala Ninguna		Ordinal	
	Frecuencia de Visitas del contacto cercano	Cantidad de asistencias al asilo de su contacto cercano	Diaria Semanal Mensual Anual Ninguna			
	Cuanto hogares tuvo	Cantidad de núcleos familiares con que conformó.	Ninguno Uno Dos Tres o más	Cuantitativa	Discreta	

Variable	Subvariable	Definición	Definición Operacional	Tipo de	Escala de	Instrumento
Factor Económico	Fuente de Ingreso económico regular	Ganancia económica percibida regularmente por algún concepto	Familiar Pensión IGSS Pensión estado Pensión privada Ahorros Remesas Otros Ninguno	Cualitativa	Nominal	Encuesta / Documento de Identificación
	Rango económico	Amplitud de la variación entre un ingreso económico mínimo y un máximo claramente	< 500 500 a 1000 1000 a 3000 > 3000	Cualitativa	Ordinal	
	Desarrollo Económico Previo	proceso de crecimiento mediante el cual se incrementa el ingreso económico	Empleado/dependiente Dueño de Negocio Dueño de Terreno o casa	Cualitativa	Nominal	

4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos:

4.6.1. Técnica:

Se realizaron encuestas, entrevistas, observación sistemática, escalas de actitud.

4.6.2. Procedimientos:

Al momento que se efectuó el trabajo de campo:

- Se asistió con un supervisor de salud propuesto por la Dirección de Regulación y Acreditación de Centros de Salud de Guatemala (DRACES).
- Se explicó la finalidad del estudio a los adultos mayores. Se firmó el consentimiento informado. En caso de no poder firmar se colocó la huella digital del encuestado.
- Se procedió a encuestar a todos los adultos mayores que residen en los centros de atención seleccionados y que cumplían con los criterios de inclusión.
- En caso de los discapacitados se revisaron las fichas clínicas y se entrevistó al personal de atención que los atiende diariamente.

4.6.3. Instrumento:

Encuesta conformada por 28 preguntas directas, elaboradas con base en los objetivos de investigación.

4.7. Plan de Procesamiento:

Al momento de obtener los datos:

- Se detallaron las variables identificadas que fueron objeto de estudio.

- Se determinaron las variables que ameritaron ser analizadas individualmente o de los que se presentaron en cuadros simples.
- Se tabularon las variables.
- Se realizó el listado de los cuadros y gráficos que se presentaron.

4.7.1. Plan de Análisis:

- Se realizó el procesamiento de datos haciendo uso de Excel (Tablas, Gráficas, Proporciones y Porcentajes).

4.8. Alcances y limitaciones:

4.8.1. Alcances:

Caracterizar los factores que integran el síndrome abandono en el Adulto Mayor por no existir datos en todos los centros de atención del Adulto Mayor registrados en la metrópoli de Guatemala.

4.8.2. Limitaciones:

- Uso de las fichas clínicas de los pacientes.
- Literatura de referencia escasa y desactualizada.
- Escasa información brindada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y por entidades privadas, para la recaudación de datos.
- Capacidad del Adulto Mayor para responder la encuesta.

- Dificultad para obtención de información de todos los centros de atención del Adulto Mayor existentes de la ciudad de Guatemala.

4.9. Principios éticos generales:

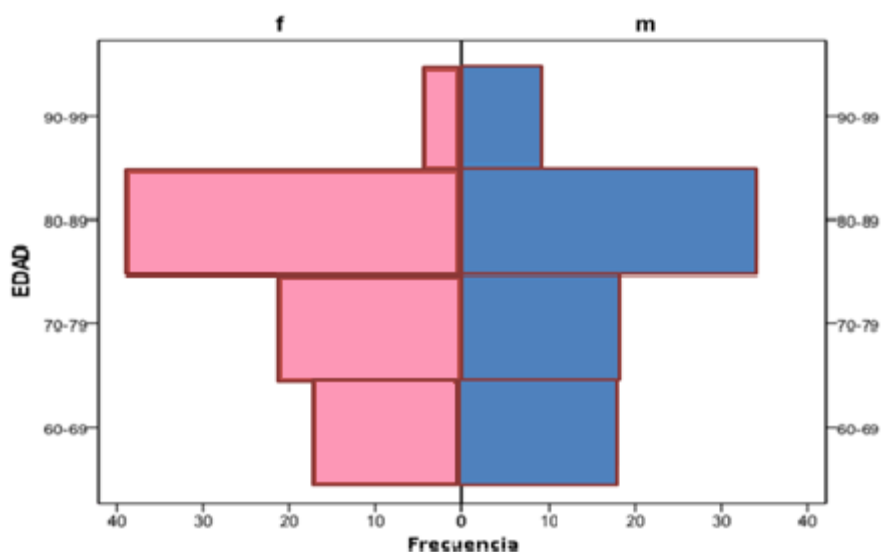
Categoría del riesgo

La categoría de riesgo correspondiente para esta investigación es la categoría I:

Categoría I (sin riesgo): Comprende los estudios que utilizan técnicas observacionales, con las que no se realiza ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan de dicho estudio. Pues en este estudio únicamente se entrevistó a los adultos mayores, para obtener la información necesaria, sin interferir ni modificar las condiciones del encuestado ni sus respuestas.

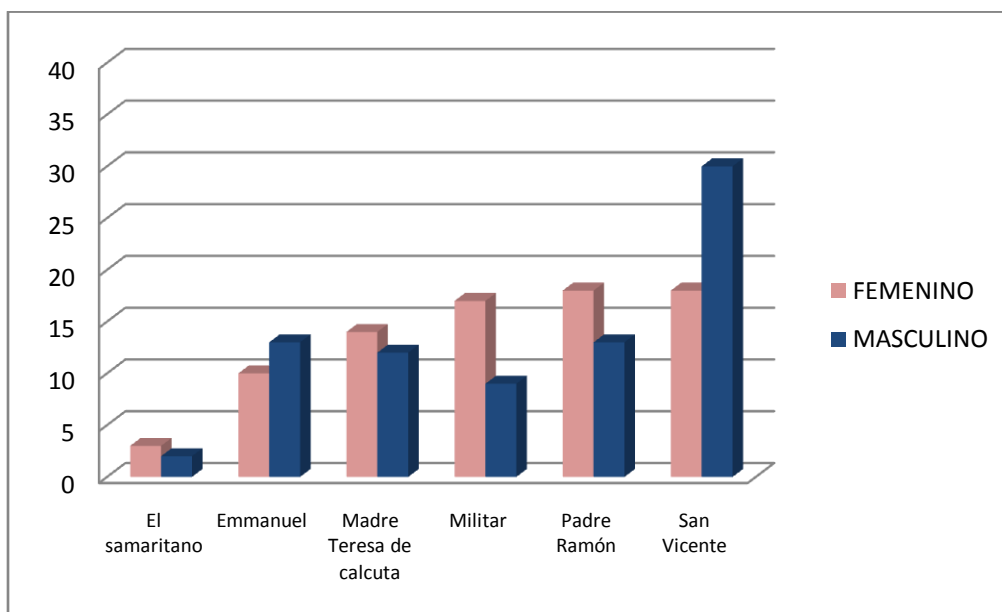
5. RESULTADOS

Gráfica 1: Distribución de frecuencia de una serie de 159 Adultos Mayores institucionalizados en la Ciudad de Guatemala por grupo de Edad y Sexo, mayo 2011



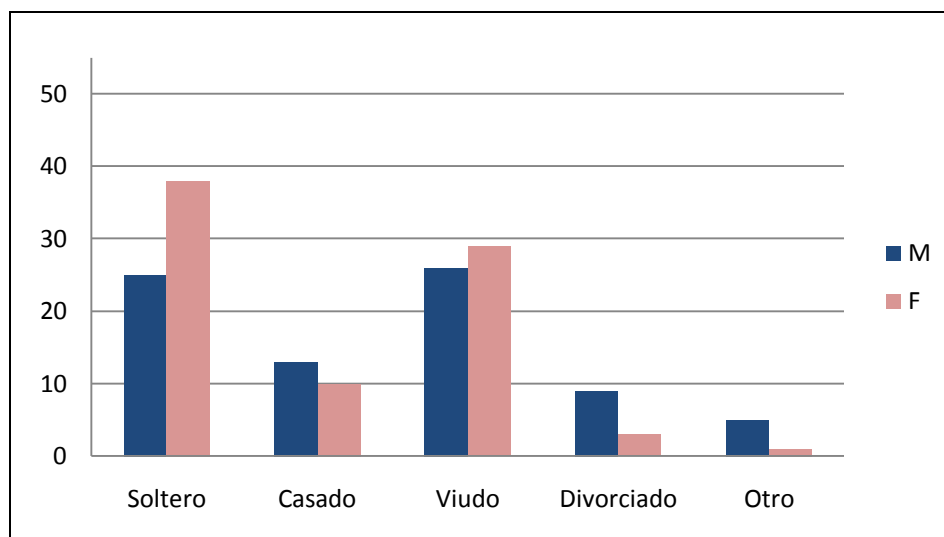
FUENTE: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Gráfica 2: Distribución de frecuencia de una serie de 159 Adultos Mayores institucionalizados en la Ciudad de Guatemala por Sexo y Asilo, mayo 2011



Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Gráfica 3: Distribución de frecuencia de una serie de 159 Adultos Mayores institucionalizados en la Ciudad de Guatemala por Estado Civil y Sexo, mayo 2011



Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Tabla 1. Distribución de frecuencia y porcentaje de una serie de 159 Adultos Mayores institucionalizados en la Ciudad de Guatemala por Religión y Sexo, mayo 2011

Religión/Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Católico	55	69,6%	65	81,3%	120	75,5%
Evangélico	20	26,6%	13	15,0%	33	20,8%
Ateo	1	1,3%	0	,0%	1	,6%
Otro	2	2,5%	3	3,8%	5	3,1%
Total	79	100,0%	80	100,0%	159	100,0%

Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Tabla 2. Distribución de frecuencia y porcentaje de una serie de 159 Adultos Mayores institucionalizados en la Ciudad de Guatemala por Escolaridad y Sexo, mayo 2011.

Escolaridad/Sexo	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
PRIMARIA	31	38,8%	39	49,4%	70	44,0%
SECUNDARIA	7	8,8%	6	7,6%	13	8,2%
DIVERSIFICADO	13	16,3%	8	10,1%	21	13,2%
UNIVERSIDAD	2	2,5%	4	5,1%	6	3,8%
NINGUNA	27	33,8%	20	25,3%	47	29,6%
OTRO	0	,0%	2	2,5%	2	1,3%
TOTAL	80	100,0%	79	100,0%	159	100,0%

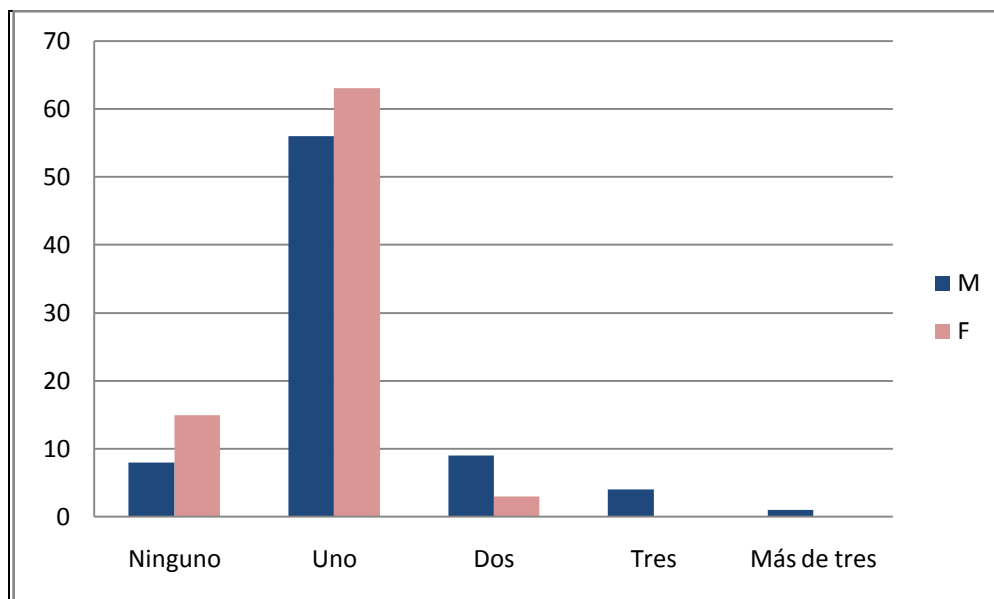
Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Tabla 3. Distribución de frecuencia y porcentaje de una serie de 159 Adultos Mayores institucionalizados en la Ciudad de Guatemala por Oficio/Profesión y Sexo, mayo 2011

Oficio-Profesión/Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Obrero/Operario	49	63,3%	3	3,8%	52	33,3%
Oficinista	2	2,5%	8	10,0%	10	6,3%
Doméstico	2	2,5%	40	50,0%	42	26,4%
Profesional	8	10,1%	7	8,8%	15	9,4%
Técnico	1	1,3%	0	,0%	1	,6%
Comerciante	7	8,9%	9	11,3%	16	10,1%
Otro	7	8,9%	7	7,5%	14	8,2%
Ninguno	2	2,5%	7	8,8%	9	5,7%
TOTAL	79	100,0%	80	100,0%	159	100,0%

Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Gráfica 4: Distribución de frecuencia de una serie de 159 Adultos Mayores institucionalizados en la Ciudad de Guatemala por Cantidad de Hogares formados y Sexo, mayo 2011



Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Tabla 4. Distribución de frecuencia y porcentaje de una serie de 159 adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Guatemala según la relación familiar, mayo 2011.

SEXO	NO TIENE FAMILIA		TIENE FAMILIA						TOTAL	
	NINGUNA RELACION		BUENA RELACION		MALA RELACION		NINGUNA RELACION			
FEMENINO	21	13%	47	30%	4	2%	7	5%	80	50%
MASCULINO	19	12%	48	30%	4	2%	9	6%	79	50%
TOTAL	40	25%	95	60%	8	4%	16	11%	159	100%

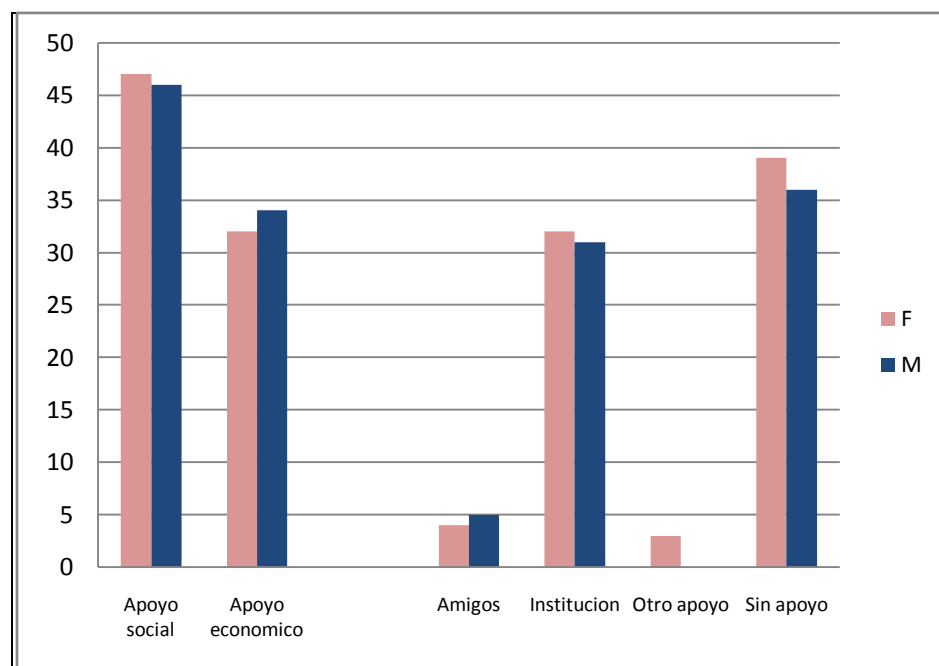
Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Tabla 5. Distribución de frecuencia y porcentaje de una serie de 159 adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Guatemala según el encargado familiar, mayo 2011

Sexo	No tiene encargado Familiar	Tiene encargado familiar					total
	Ninguno	Hijos	Nietos	Sobrinos	Hijos políticos	Otros	
Femenino	29 18%	30 19%	4 3%	5 3%	1 1%	10 6%	79 50%
Masculino	24 15%	32 20%	3 2%	8 5%	0 0%	12 8%	80 50%
Total	53 33%	63 39%	7 5%	13 8%	1 1%	22 14%	159 100%

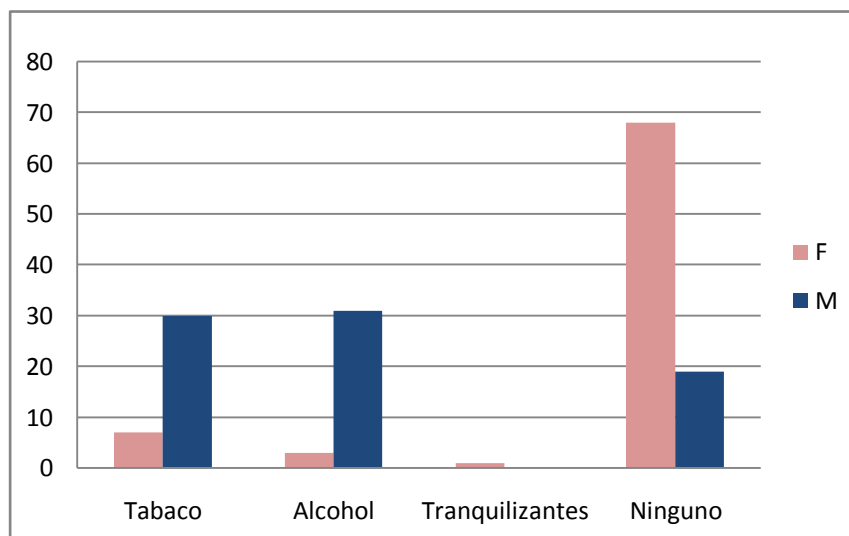
Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Gráfica 5: Distribución de frecuencias de una serie de 159 adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Guatemala según apoyo familiar y de alguien más, mayo 2011.



Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Gráfica 6: Distribución de frecuencia de una serie de 159 adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Guatemala según los hábitos, mayo 2011.



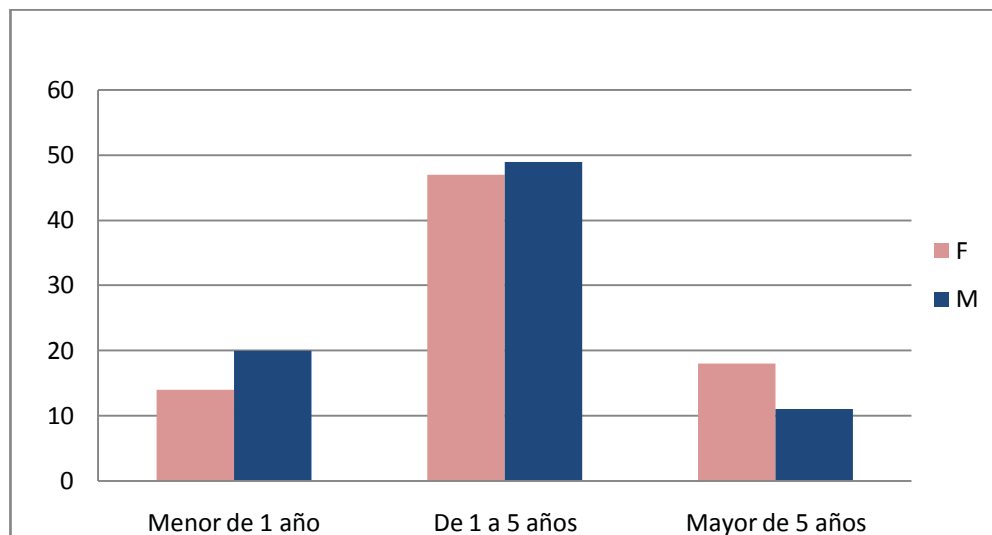
Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, Mayo 2011.

Tabla 6. Distribución de frecuencia y porcentaje de una serie de 159 adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Guatemala según el ingreso, mayo 2011

Voluntariedad al ingreso	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Involuntario	33 42,0%	35 43,6%	68 42,8%
Voluntario	47 58,0%	44 56,4%	91 57,2%
Total	80 100,0%	79 100,0%	159 100,0%

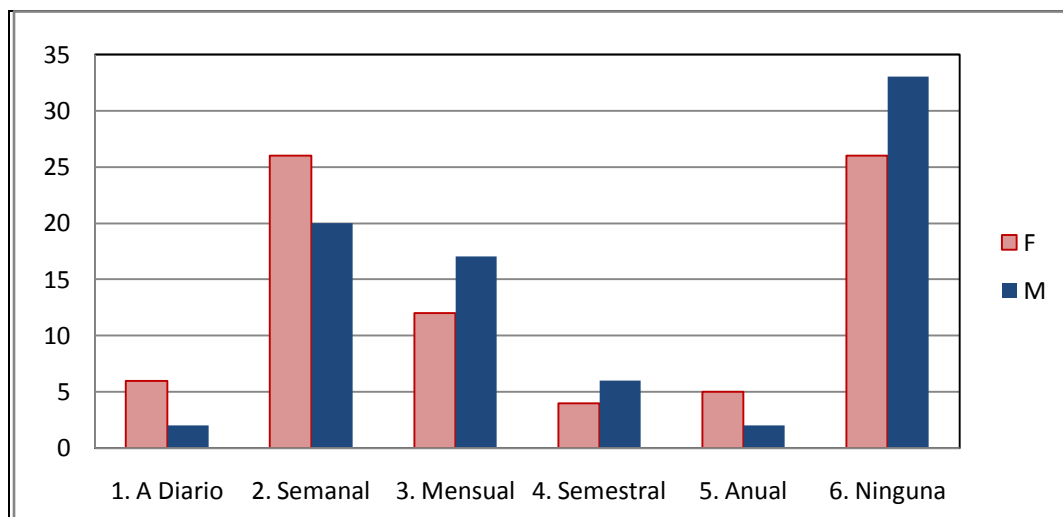
Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Gráfica 7: Distribución de frecuencia de una serie de 159 adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Guatemala según el tiempo de ingreso, mayo 2011.



Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Gráfica 8: Distribución de frecuencia de una serie de 159 adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Guatemala según los periodos de visita, mayo 2011.



Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011

Tabla 7: Distribución del sentimiento de abandono según frecuencia y porcentaje de sexo de una serie de 159 adultos mayores de la Ciudad de Guatemala, mayo 2011

Siente abandono	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
No	37	32	69
%	46,3%	40,5%	43,4%
Si	43	47	90
%	53,8%	59,5%	56,6%
Total	80	79	159
%	100,0%	100,0%	100,0%

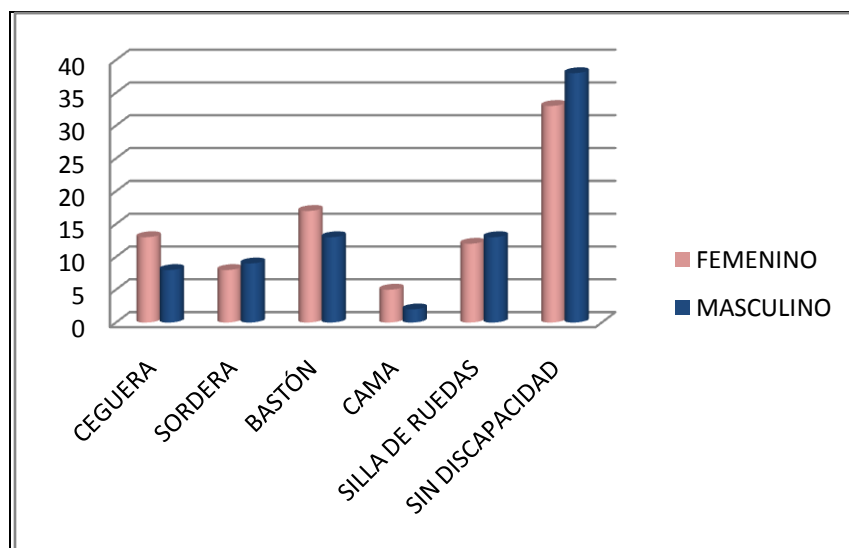
Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Tabla 8: Distribución del estado de ánimo según frecuencia y porcentaje de una serie de 159 adultos mayores de la Ciudad de Guatemala mayo 2011

Estado de ánimo		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
ESTADO DE ÁNIMO	muy alegre	21	18	39
	%	26,3%	22,8%	24,5%
	muy triste	12	14	26
	%	15,0%	17,7%	16,4%
	neutro	17	14	31
	%	21,3%	17,7%	19,5%
	poco alegre	20	19	39
	%	25,0%	24,1%	24,5%
	poco triste	10	14	24
	%	12,5%	17,7%	15,1%
Total		80	79	159
%		100,0%	100,0%	100,0%

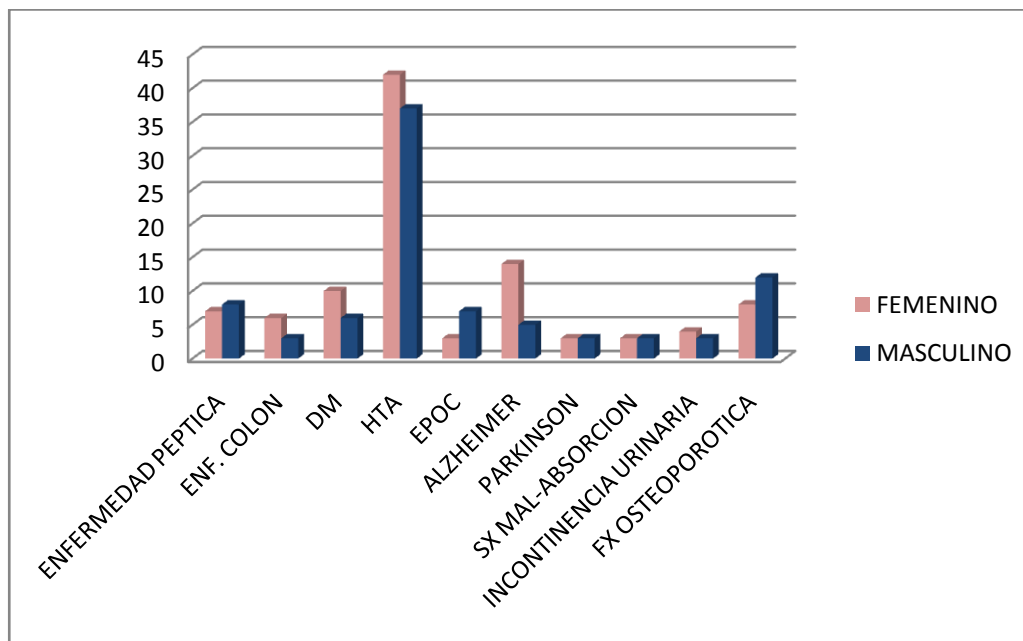
Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Grafica 9: Distribución de discapacidades y sexo de una serie de 159 adultos mayores de la ciudad de Guatemala, mayo 2011



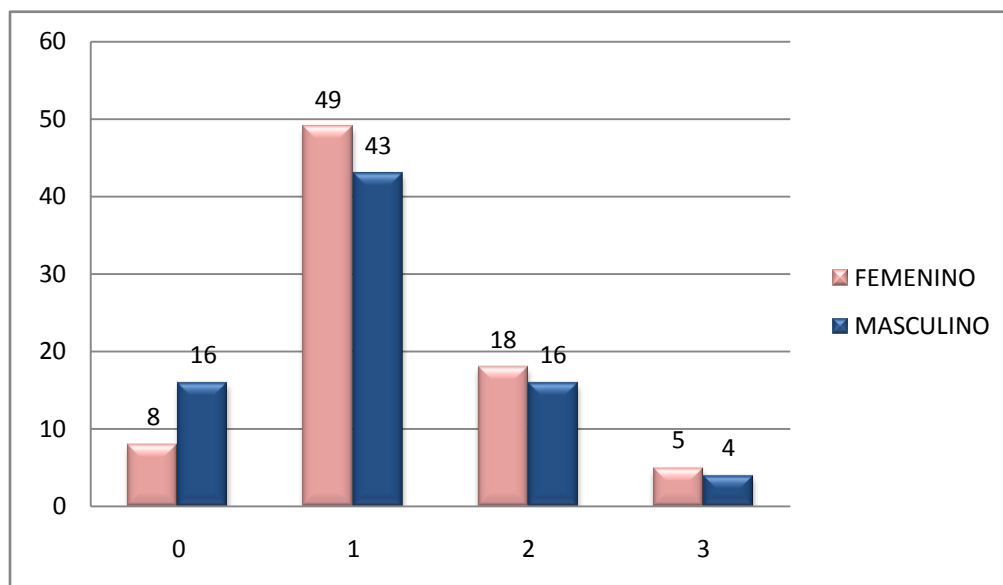
Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Gráfica 10: Distribución de enfermedades según sexo de una serie de 159 adultos mayores de la ciudad de Guatemala. Mayo 2011



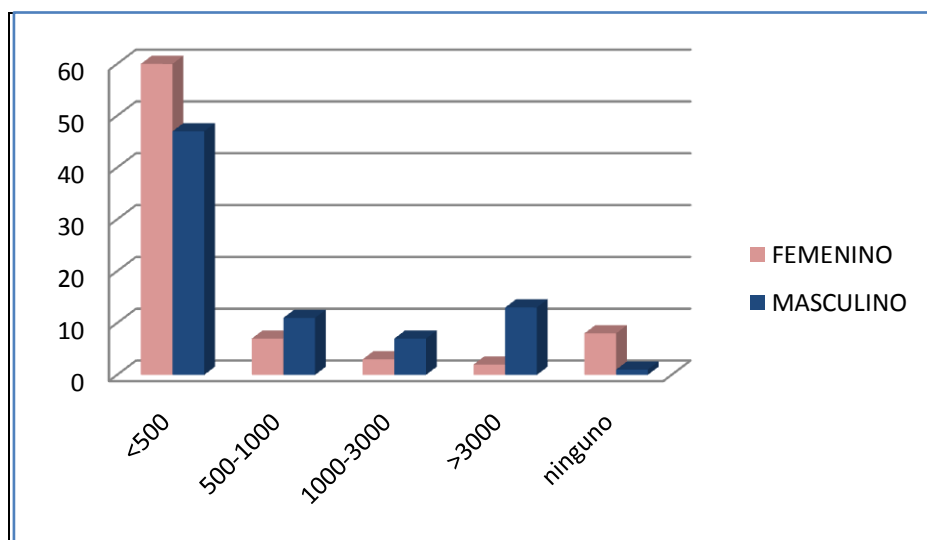
Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Gráfica 11: Distribución del Número de enfermedades según sexo de una serie de 159 adultos mayores de la ciudad de Guatemala, mayo 2011.



Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Gráfica 12: Distribución de frecuencia del máximo ingreso económico previo de 159 adultos mayores de la ciudad de Guatemala según sexo, mayo 2011



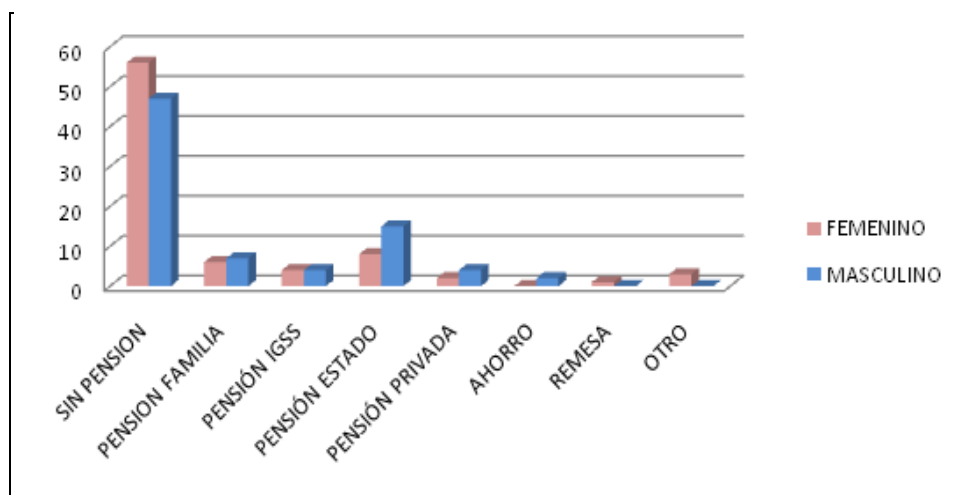
Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Tabla 9: Distribución de frecuencia y porcentaje del estado laboral realizado durante la vida de 159 adultos mayores según sexo de la ciudad de Guatemala. Mayo 2011

Estado laboral previo	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Dueño de negocio	7 8,8%	11 14%	18 11,3%
Empleado dependiente	66 82,5%	67 84,8%	133 83,6%
Ninguno	7 8,8%	1 1,3%	8 5,0%
Total	80 100,0%	79 100,0%	159 100,0%

Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Grafica 13: Distribución de frecuencia de origen de pensión actual de 159 adultos mayores según sexo de la ciudad de Guatemala, mayo 2011



Fuente: Datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos, mayo 2011.

Cuadro No. 1: Modelo 1 del Síndrome de Abandono del Adulto Mayor

MODELO	Coeficientes No Estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Significancia
	B	Error Estandarizado	Beta		
SER DIVORICIADO	0.601	0.294	0.322	2.044	0.045
HABER SIDO COMERCIANTE	-0.704	0.22	-0.43	-3.208	0.002
ASISTIDO POR NIETO	0.617	0.306	0.257	2.018	0.047
UTILIZAR BASTON	0.592	0.246	0.47	2.405	0.019
Variable Dependiente: Haber sido ingresado involuntariamente a un hogar de tercera Fuente: Análisis estadístico en SPSS					

Cuadro No.2: Modelo 2 del Síndrome de Abandono del Adulto Mayor

Modelo	Coeficientes No Estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Significancia
	B	Error Estandarizado	Beta		
SE SIENTE ABANDONADO	0.203	0.079	0.204	2.591	0.011
SE SIENTE MUY TRISTE	0.238	0.104	0.178	2.29	0.023
UTILIZA BASTON	0.202	0.094	0.16	2.146	0.033
DX ALZHEIMER	0.234	0.115	0.153	2.034	0.044
Variable Dependiente: Haber sido ingresado involuntariamente a un hogar de tercera edad. Fuente: Análisis estadístico en SPSS					

6. DISCUSIÓN

Para caracterizar los factores determinantes, orden de importancia y significancia de los factores integrantes del Síndrome de abandono, como tal, en los adultos mayores; se realizó análisis con el programa estadístico "SPSS", tomando como variable dependiente el hecho de haber ingresado involuntariamente en cualquiera de los 6 Centros de Atención al Adulto Mayor, ya que muchos de ellos son abandonados o internados en hogares altruistas que se sostienen con donaciones particulares y/o internacionales y acciones caritativas de la sociedad humanista, encontrándose dentro de estos servicios en su mayoría hogares de caridad, debido a causas económicas y/o sociales.

Según el INE las cifras proyectadas para el año 2010, donde indican que el 50.34% representa el sexo femenino y 49.65% son hombres, datos similares al presente estudio, ya que el porcentaje de mujeres estudiadas es del 50.94% y hombres es del 49.06%. Esto demuestra que las diferencias porcentuales entre ambos sexos, muestra y población total no son significativas, por lo tanto ambos pueden sufrir igualmente Síndrome de Abandono.

Los datos proyectados por el INE indican que el 50% de la población total guatemalteca se encuentra entre los 60 y 69 años de edad, a diferencia de este estudio, donde se observó que existe una media de 78 años y una mediana de 80 años de edad para dicha población, el grupo de 80 a 89 años representó el 45.9% y solamente el 21.4% corresponde a los adultos mayores de 60 a 69 años de edad. Por lo que se infiere que la población octogenaria pudiese ser la que presenta más abandono.

Un estudio realizado en El Salvador por Rodríguez N. en adultos mayores que viven en geriátricos, revela que el 83% de los adultos mayores eran viudos, solteros o separados y

solamente el 17% tenía pareja; al comparar dichos datos con los obtenidos en el presente estudio, se encontró que el 34.59% eran viudos, de estos el 47.27% eran hombres y 52.73% eran mujeres, los solteros representan la mayoría (39.62%) de los cuales el sexo femenino es el predominante (60.32%), la población casada fue el 14.46%, siendo los hombres el 56.52%. Demostrando que los datos entre ambos países son similares. Tomando en cuenta que las mujeres en este estudio no presentaron más de dos hogares formados sin embargo en ellas se observa que el 65.22% nunca formó un hogar y la mayoría de ellas (52.94%) tuvieron un solo hogar. En cambio, dentro de la población masculina la mitad formó solo un hogar (47.06%), el 34.78% nunca formó un solo hogar, el 75% formó dos hogares, siendo la minoría los que formaron tres o más hogares (3.13%, en relación a la población total estudiada, ya que las mujeres no formaron más de 3 hogares). Al realizar un análisis de ambas variables se infiere que el hecho de ser soltero viudo o divorciado puede relacionarse con el número de familias formadas, lo cual influye en un futuro incierto para el Adulto Mayor. "Lo que se siembra en la juventud, en la vejez se cosechará".

Con respecto a la religión, la mayoría de los adultos mayores estudiados, dijeron ser católicos (75.47%), aproximadamente la quinta parte eran evangélicos (20.8%) y el resto incluye ateos y otras religiones; según los cuadros No. 1 y 2 que muestran un modelo acerca del Adulto Mayor con Síndrome de Abandono con base a un análisis globalizado en la metrópoli guatemalteca el sexo, origen, etnia y religión no son significativamente determinantes para dicho síndrome. No se pueden comparar estos datos ya que no existen estudios previos en Guatemala.

En Tapachula, México, Mendoza F., observó que el 36.4% no tenía ningún estudio, el 41.3% contaba con la primaria; según datos encontrados de El Salvador, el 66% solo tenía estudios primarios y 28% secundarios y el resto (6%) eran universitarios; en el

estudio actual los datos recopilados fueron: ningún estudio 29.55% (mujeres 57.45% y hombres 42.55%), primaria 44.02% (hombres 55.71%, mujeres 44.29%), secundaria 8.17%, 1.25% realizó otro tipo de educación y solamente el 3.77% fue a la universidad. Si se unen los datos de los adultos mayores que no tuvieron estudio y los que realizaron solamente la primaria podemos observar que la mayoría de la población tiene un bajo nivel de escolaridad (73.57%), posiblemente debido a múltiples razones (conflicto armado, sistema educativo naciente, problemas económicos, sociales, entre otros), estas variables no son trascendentales para el Síndrome de Abandono según el análisis multivariado realizado.

De acuerdo a la tabla No. 4, el 25% de los adultos mayores no tienen familia, el 52.51% corresponde al sexo femenino y el 47.5% al sexo masculino. La mayoría de los adultos mayores tienen familia lo cual representa un 75%, de la población total estudiada, el 60% tiene buena relación familiar, el 4% mala relación y el 11% no presenta una ninguna relación familiar según datos obtenidos de la tabla No. 5. No existe ningún estudio guatemalteco para comparar, sin embargo el hecho de tener o no familia, carece de importancia frente al antecedente de mantener buenas relaciones con la misma, al analizarlo de una forma multivariada.

El 33% de los adultos mayores (según la tabla No. 5) no tiene encargado familiar siendo el 57.4% correspondiente a las mujeres. El 67% restante tiene familiar encargado. De la población total, el 39% es cuidado por los hijos siendo porcentualmente similar en ambos sexos. Los sobrinos representan el 8%, nietos 5%, 1% hijos políticos y 14% otros familiares. Según el estudio realizado en Tapachula, México (Pacientes no ingresados en asilos) el 36.7% es atendido por la pareja, el 37.1% por hijos y el 19.5% tiene autocuidados. Comparando ambos estudios existe una diferencia de sexos y atención

brindada por hijos; en México, el sexo femenino es el grupo atendido por hijos y en el presente estudio el sexo masculino es atendido por los hijos (50.79%).

De los adultos mayores encuestados el 57% tiene apoyo familiar social y el 42% apoyo familiar económico. El 54% del apoyo que reciben los adultos mayores son de personas que no pertenecen a la familia de estos el 47% corresponden a las instituciones (Centros de atención del Adulto Mayor) seguido por los amigos u otras personas involucradas. Existen factores de riesgo socio familiares para el abandono y la vejez²² como una relación familiar disfuncional, problemas económicos, falta de recursos de apoyo y ausencia de conocimientos en el grupo familiar sobre el proceso de la atención y cuidados al Adulto Mayor.

Según los hábitos de los adultos mayores estudiados el 57.9% no presenta ningún hábito. El 10.1% consumió alcohol, de los cuales el 81.25% son hombres, 12.6% consumió tabaco, siendo el sexo masculino quienes más lo consumieron (60%) en relación a las mujeres; Solamente el 0.6% de la población total utilizó tranquilizantes, siendo una mujer quien refirió consumirlos. No existe ningún estudio guatemalteco para comparar.

Según la tabla No. 6, respecto al ingreso a la institución el 57.2% fue voluntariamente (51.64% mujeres y 48.35% hombres); el 42.8% tuvo un ingreso involuntario, de éstos el 48.52% fueron mujeres y el 51.47% hombres. En un estudio salvadoreño evaluaron la preparación de internación de los cuales solo el 27% de los adultos mayores fueron preparados se analiza la importancia de este dato para incluirlo en estudios futuros, sin embargo no tiene datos comparables con nuestro estudio.

En el tiempo de estancia la mayoría de los adultos mayores al momento de la entrevista tenía de 1 a 5 años de vivir en el hogar, dato que representa el 61% de toda nuestra población estudiada. El 60.60% de hombres del estudio eran los que menor tiempo habían estado en un centro de atención. El 18.2% han estado más de 5 años en los hogares de Adulto Mayor. Según datos de 1982 presentados por Girón Mena¹⁵, Simone de Beauvoir, al tratar sobre la situación de los centros de asistencia pública en la actualidad, indicó que la mayoría son establecimientos donde priva un ambiente deprimente y que en su país (Francia) a la Salpetriere se le calificó de “Mortidero de Viejos”. Al respecto cita las estadísticas del Dr. Paquisot que indicaron lo siguiente en relación con la mortalidad en los asilos tradicionales: 8% mueren en los 8 primeros días, 28% mueren en el primer mes, 45% mueren en los seis primeros meses, 54% mueren en el primer año y 64% mueren en los dos primeros años.

El sexo masculino es el menor visitado (54.23%) del 37.10% de los adultos mayores estudiados que no son visitados. Las mujeres representan la población más visitada (diaria, semanal y anualmente de la población total internada). El 56.60% de los adultos mayores se sienten abandonados, de los cuales el sexo masculino predominó con el 52.22%; el 43.39% de la población total no se siente abandonada, de ellos, el 53.62% son mujeres y el 46.37% son hombres. Dentro de las características con las que establecieron el perfil de una persona adulta mayor, víctimas del maltrato, negligencia y abandono en un estudio realizado en Costa Rica²², describen sentimiento de soledad y aislamiento social del Adulto Mayor (No tiene comunicación con familiares, amigos, vecinos, siente tristeza y esta solo); Según el análisis multivariado el hecho de sentirse abandonado es estadísticamente significativo.

Entre la población que refirió sentirse muy alegre y poco alegre se observó que ambos presentaron el 24.52% respectivamente. De los encuestados con estado de ánimo muy triste (16.35%) el sexo masculino presentó el 53.84% y el femenino un 46.15%. Varios de ellos presentan Síndrome de Abandono aunque muchos se sienten alegres por contar con un lugar que le ofrece asilo, alimentación y compañía aunado al apego religioso.

De las condiciones físicas en salud de los adultos mayores entrevistados el 59.48% son discapacitados, el 30% utiliza bastón, de estos el 56.67% son mujeres. Un 25% utiliza silla de ruedas, 21% ceguera parcial o total, 17% sordera parcial y el 7% se encuentra postrado en cama. Dentro de los factores de riesgo según el estudio del seguro social costarricense²² se encuentra la dependencia física y funcional en actividades de vida diaria básica en deterioro físico, como problemas de la marcha, poca o nula fuerza muscular, encamamiento, relacionado con problemas de salud y estado emocional.

Los padecimientos más comunes entre los adultos mayores fueron la hipertensión arterial 42.24% seguido de fractura osteoporótica (10.69%) y Alzheimer (10.16%). (Se observó que en relación a la población total, de los 6 hogares) El sexo femenino fue el más afectado y representó el 53.47%. El 57.9% de la población a estudio padece una sola enfermedad, el resto se ven afectados por dos o tres enfermedades concomitantes. Según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las enfermedades relacionadas con los huesos y la hipertensión arterial se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad general de nuestro país. La ausencia de conocimientos de la familia sobre la atención y cuidados requeridos para el Adulto Mayor, así como, la falta de recursos son un factor de riesgo para el abandono de personas que por su edad y condiciones de salud ya no aportan ingresos para su sostenimiento dentro de su grupo familiar.

Lo anterior, se refleja en el ingreso económico obtenido en la vida laboral de los adultos mayores entrevistados, por ejemplo, el 67.29% ganó menos de Q500.00, (60 dólares aproximadamente), de éstos, las mujeres representaron la población más afectada (56%). El 11.32% obtuvo entre Q500.00 a Q1,000.00, (60 a 125 dólares), el 9.43% ganó más de Q3, 000.00, (375 dólares) y el 5.6% no obtuvo ningún tipo de ingreso económico. El 83.6% fueron empleados dependientes, 11.32% fueron dueños de negocios.

Los datos obtenidos según la profesión u oficio en nuestro estudio indica que el 32.7% fueron operarios con predominio de hombres (94.2%), seguido por haber sido doméstico con un 26.42%, siendo las mujeres las que más trabajaron de dicho oficio (95.24%), los que le siguen en orden de frecuencia fueron haber sido comerciante, profesional y oficinista (10.06%, 9.43%, 6.29% respectivamente), sin embargo el hecho de no haber tenido ninguna profesión, oficio o no haber trabajado afecta al 5.66% afectando a las mujeres en tres cuartas partes. No se puede comparar datos ya que no se encuentran estudios. Es interesante que la variable correspondiente "haber sido comerciante", correlacione negativamente con el riesgo de sufrir el Síndrome de Abandono en las postrimerías de la vida; ello podría interpretarse como rasgo de personalidad propia de personas que gustan de hacer negocios, tienen la habilidad y avidez mental para lograrlos y procurarse a la vez un mejor estándar de calidad de vida.

El 64% de la población no presentó un ingreso económico actual, el 14.47% es pensionado por el estado, el 5% por el IGSS, 3.77% por iniciativa privada y el resto de la población es ayudado por la familia, ahorros, remesas y otro tipo de ingreso económico. Según el estudio realizado en Tapachula, México¹⁷, un tercio de la población adulta mayor trabaja o es ama de casa, mientras que el restante está sin trabajo, jubilado o pensionado, situación diferente a nuestro estudio ya que se realizó con individuos productivos en esta

etapa de la vida. Según el artículo de un diario hondureño consultado¹⁸, únicamente el 7% de los adultos mayores de ese país cuenta con una pensión digna para su retiro y el 93% no presenta beneficios, situación que se percibe, similar a la de los adultos mayores de nuestro país.

7. CONCLUSIONES

- 7.1.** Los factores biológicos que aquejan frecuentemente a los adultos mayores con Síndrome de Abandono son: estar entre los 80 y 89 años de edad, hipertensión arterial, fractura osteoporótica, Alzheimer y el uso de bastón para la deambulación.
- 7.2.** Los factores psicosociales del Adulto Mayor influyentes en el Síndrome de Abandono son: Sentimiento de abandono, ser divorciado y presentar un estado de ánimo de mucha tristeza.
- 7.3.** Los factores familiares y económicos del Adulto Mayor con Síndrome de Abandono son: no recibir apoyo económico familiar, haber tenido ingresos mínimos durante su vida productiva y no tener un ingreso económico actual.
- 7.4.** El orden de importancia de los factores integradores del Síndrome de Abandono son: Utilizar bastón para caminar, ser divorciado, presentar sentimiento de abandono, seguido del sentimiento de tristeza, padecer de la enfermedad de Alzheimer y haber ingresado involuntariamente a una institución.

8. RECOMENDACIONES

8.1. Al Gobierno de la República

Crear centros de Atención del Adulto Mayor (ASILOS) ambulatorios y para ingresos con todos los servicios necesarios para su bienestar ya que actualmente no se cuenta con ello de forma gratuita. Darle pensión en dinero al Adulto Mayor en abandono es una acción inútil.

8.2. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Hacer reconocimiento de la importancia de este síndrome (síndrome de abandono) a nivel de Salud Pública para crear políticas pertinentes, ya que se deja ver que Guatemala es un país tercermundista que inicia a afrontar problemas o enfermedades del primer mundo (como el abandono y Alzheimer).

8.3. A las universidades del País

Crear adiestramiento y carreras técnicas, a personal específico generando programas de apoyo para evaluación física y psicosocial hacia el Adulto Mayor.

8.4. A la base de la sociedad

A la familia y a los centros de educación para que mejorando los valores humanos hacia el Adulto Mayor se disminuya el abandono.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de valoración para el cuidado integral de las personas mayores. Guatemala: MSPAS; 2000.
2. Singer N. Mercado para la tercera edad. The New York Times. En: Prensa Libre. 13 Feb. 2011; selección semanal: 1.
3. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Geriatría clínica. 4 ed. México D.F.: McGraw- Hill Interamericana; 2001.
4. Mendoza F. Análisis cualitativo de la situación del Adulto Mayor en zonas marginadas del Distrito Federal. México: OPS-OMS [en línea] [200?] [accesado 8 Feb 2011]. Disponible en:
<http://cbs.xoc.uam.mx/forosalud/a02.pdf>
5. México. Secretaría de Salud. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario. Norma oficial mexicana NOM-167SS1-1997, para la presentación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. [en línea]. México: La Secretaria; 1999 [accesado 8 Feb 2011] Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>
6. Situación de derechos humanos de la población adulta mayor. [en línea] Guatemala: PDH; 2006 [accesado 8 Feb 2011] Disponible en:
<http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/GuatemalaDDHHadultosmayores2006.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional. Abuso (maltrato) y negligencia (abandono) guía de diagnóstico y manejo parte II. [en línea] Washington: OPS; [200?] [accesado 8 Feb 2011]. Disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/Sitios/gericuba/guía01.pdf>
8. Andrade C. Plan operativo nacional integral de la salud de las personas mayores. Ministerio. Guatemala: MSPAS; 1999.

9. Escobar HV. Síndrome de maltrato en ancianos. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2001.
10. Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas, Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. [en línea]. Perú: MINSA; 2005. [accesado el 17 de febrero de 2011]. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientos.pdf>
11. Blanco EO. Desprotección de las personas de la tercera edad por falta de hogares públicos. [tesis Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; 2007.
12. Ferrero JJ. Psicología moderna de la A a la Z. 3 ed. Bilbao: Ediciones Mensajero; 1978.
13. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores para análisis de género 2007. [en línea] Guatemala: INE; 2007 [accesado 17 Feb 2011]. Disponible en:
<http://www.ine.gob.gt/index.php/gepu/62-genpu/158-ingen-2007>
14. Estrada G. Exclusión social y envejecimiento. Guatemala: Editorial Naciones Unidas; 2001.
15. Girón MA. Gerontología y geriatría social. Guatemala: Editorial José de Pineda Ibarra; 1982.
16. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población y lugares poblados con base al XI censo de población y VI de habitación 2002, Periodo 2000-2020. [en línea] Guatemala: INE; 2006 [accesado 17 Feb 2011]. Disponible en:
<http://www.ine.gob.gt/index.php/demografia-y-poblacion/42-demografiaypoblacion/86-proyeccionesylugarespoblados>

17. Cabrera Ramos A. Correlatos sociodemográficos, psicológicos y características de la actividad físico – deportiva del Adulto Mayor en 60 años, Tapachula (Chiapas – México). [en línea][tesis Doctoral] Universidad de Murcia Departamento de Actividad Física y Deporte, San Javier. [en línea] 2008 [accesado 12 Feb 2011]. Disponible en: http://www.tesisenred.net/TESIS_UM/AVAILABLE/TDR0916110094207//CabreraRamos.pdf
18. Día del Adulto Mayor: entre el abandono y la discriminación. Diario la Tribuna, domingo 06 de marzo de 2011, Nacionales; [en línea] 2011 [accesado 6 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.latribuna.hn/2010/10/01/dia-del-adulto-mayor-entre-el-abandono-y-la-discriminacion/>
19. Vásquez J. Humanos y salud personas mayores. [en línea] Washington: OPS; 2008 [accesado 16 Feb 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pub/10069_Viejos.pdf
20. Guatemala. Procurador de los Derechos Humanos. Defensoría del Adulto Mayor. Situación de los derechos humanos de la población adulta mayor guatemalteca. [en línea] Guatemala: PDH; 2005 [accesado 20 Feb 2011]. Disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Informe_Defensoria_AMayor_Guatemala2005.pdf
21. Guatemala. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. Adulto Mayor y condiciones de exclusión en Guatemala. [en línea] Guatemala: ODHAG; 2005. [accesado 20 Feb 2011]. Disponible en: http://www.odhag.org.gt/pdf/R_EXCLUSION_ADULTO_MAYOR.pdf
22. Martínez J, Brenes Y. Maltrato, negligencia y abandono de la persona adulta mayor costarricense. [en línea] Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro social, Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología. 2007. [accesado 17 Feb 2011]. Disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/maltrato_persona_adulta_mayorcostarricense.pdf

23. Rodríguez N. Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. Rev. Psicología y Psicopedagogía (El Salvador). [en línea] 2007; (6) 17. [accesado 15 Feb2011]. Disponible en:
http://www.salvador.edu.ar/psi/publicaciones/17/factores_que_influyen_sobre_la_calidad_de_vida.pdf

10. ANEXOS

10.1. Instrumento de recolección de datos

1. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

2. ¿Cuál es su edad?

3. ¿Cuál es su estado civil
 - a. Casado
 - b. Soltero
 - c. Viudo
 - d. Divorciado
 - e. Otro

4. ¿Cuál es su religión?
 - a. Católica
 - b. Evangélica
 - c. Testigo de Jehová
 - d. Ateo
 - e. Mormón
 - f. Otro

5. ¿Donde nació?

6. ¿Cuál es su profesión, oficio o a qué se dedicaba?
 - a. Obrero/operario
 - b. Oficinista
 - c. Domestico
 - d. Profesional
 - e. Técnico
 - f. Comerciante
 - g. Otros
 - h. Ninguno

7. Etnia
 - a. Ladino
 - b. Indígena
 - c. Garífuna
 - d. Xinca
 - e. Otro

8. ¿Cuál es su escolaridad?

- | | |
|---------------|------------------|
| a. Ninguna | d. Diversificado |
| b. Primaria | e. Universidad |
| c. Secundaria | f. Otro |

9. ¿Cuántos hogares formó?

- | | |
|------|--------|
| a. 1 | c. 3 |
| b. 2 | d. Mas |

10. ¿Aún tiene familia?

- a. Si
- b. No

11. Si su respuesta es sí, indique si la relación con esta es

- a. Buena
- b. Mala
- c. Ninguna

12. ¿Tiene algún familiar que se encargue de usted?

- a. Si
- b. No

13. ¿Quién?

- | | |
|-------------|--------------------|
| a. Hijos | d. Hijos políticos |
| b. Nietos | e. Otros |
| c. Sobrinos | |

14. ¿Recibe apoyo de su familia económica y social?

Económico Si	Social	Si	
	No		No

15. Si su respuesta es no, ¿tiene apoyo de alguien más?

- a. Si
- b. No

16. ¿De quién?

- | | |
|----------------|-------------------------|
| a. Amigos | d. ONG. (explique_____) |
| b. Vecinos | e. Gobierno |
| c. Institución | f. Otros |

17. ¿Tiene o tuvo alguno de los siguientes hábitos?

- | | |
|---------------|--------------------|
| a. Tabaco | d. Drogas |
| b. Alcohol | e. Tranquilizantes |
| c. Somníferos | f. Ninguno |

18. Usted ingreso a esta institución de forma

- a. Voluntaria
- b. Involuntaria

19. ¿Cuánto tiempo lleva ingresado?

- a. ____días
- b. ____meses
- c. ____años

20. ¿Cada cuanto lo visitan?

- | | |
|-----------------|-------------------|
| a. Diariamente | d. Semestralmente |
| b. Semanalmente | e. Anualmente |
| c. Mensualmente | f. Ninguna |

21. ¿Cuál es su estado de ánimo?

- | | |
|----------------|----------------|
| a. Muy alegre | d. Poco triste |
| b. Poco alegre | e. Muy triste |
| c. Neutro | |

22. ¿Se ha sentido abandonado?

- a. Si
- b. No

23. ¿Tiene usted alguna discapacidad física?

- a. Ceguera
- b. Sordera
- c. Utiliza bastón
- d. Cama
- e. Ninguna

24. ¿Padece de las siguientes enfermedades?

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| a. Enfermedad péptica | g. Parkinson |
| b. Enfermedad del colon | h. Sx. De mal absorción |
| c. DM | i. Incontinencia urinaria |
| d. HTA | j. Fractura osteoporótica |
| e. EPOC | k. Otras |
| f. Alzheimer | |

25. ¿Cual llegó a ser su ingreso económico más alto?

- a. <500
- b. 500-1000
- c. 1000-3000
- d. >3000

26. Éste era proveniente de

- a. Empleado dependiente
- b. Dueño de negocio
- c. Alquiler de terreno o inmueble propio

27. ¿Tiene ingreso económico actualmente?

- a. Si
- b. No

28. Si su respuesta es sí, responda la siguiente pregunta. ¿De dónde proviene?

- | | |
|-----------------------|------------|
| a. Familia | e. Ahorro |
| b. Pensión del IGSS | f. Remesas |
| c. Pensión del estado | g. Otros |
| d. Pensión privada | h. Ninguno |

10.2. Consentimiento informado

Nosotros somos estudiantes del séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos realizando una investigación sobre la caracterización del Adulto Mayor en situación de abandono, donde la población de tercera edad es afectada y marginada en una sociedad como la nuestra. Le vamos a dar información e invitarlo(a) a participar en nuestro estudio. No tiene que decidir hoy si quiere participar. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quién se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, deténganos según le informamos para darnos tiempo para explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede hacérselas cuando crea más conveniente.

El abandono es una realidad social que consiste en los distintos factores que el Adulto Mayor se ve sometido en el hogar, aquejando problemas de salud, económicos y físicos. Problemática que envuelve más al sexo femenino que al masculino tomando como base un incremento considerable en estos últimos años.

Estamos invitando para este estudio a personas mayores de 60 años de edad, que residan en los Hogares de Ancianos San Vicente de Paúl de la zona 5, Padre Ramón zona 7, Madre Teresa de Calcuta zona 7, El samaritano zona 1, Emmanuel zona 19 y Centro Médico Militar zona 16 todos de la ciudad capital, para la detección temprana del síndrome de abandono, con el objeto de realizar una adecuada caracterización de dicho problema.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

El procedimiento que se llevará a cabo en su persona es el siguiente:

1. Se llegará a cada centro de atención con un supervisor de la Dirección de regulación y acreditación de centros de salud (DRACES) a realizar una encuesta.
2. Cada encuesta contiene 28 preguntas que serán respondidas por los residentes de ambos sexos de dicho centro.

He sido invitado (a) a participar en la investigación “Caracterización del Adulto Mayor en situación de abandono”. Entiendo que se me realizara una encuesta de 28 preguntas referentes a mi persona y entorno. He sido informado (a) que los riesgos son mínimos. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de un investigador que puede ser fácilmente contactado.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y sé que he contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi cuidado médico.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

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

Nombre del testigo _____

Firma del testigo _____

Fecha _____

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

Nombre del investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____

10.3. Otros datos estadísticos ⁶

Situación de morbilidad y mortalidad en adultos mayores 2005

15 primeras causas de morbilidad

No.	Enfermedad	Hombre	mujer	Total	%
1	Infecciones y enfermedades respiratorias	29,311	42,186	71,497	21.23
2	Enfermedades relacionadas con los huesos	11,526	14,617	26,143	7.76
3	Gastritis (no especificada)	9,427	16,283	25,710	7.63
4	Anemia	5,846	11,521	17,367	5.16
5	Hipertensión	3,578	6,650	10,228	3.04
6	Infecciones en vías urinarias	4,236	7,548	11,784	3.49
7	Amigdalitis	4,092	5,825	9,917	2.94
8	Parasitosis	4,087	5,786	9,873	2.93
9	Diarreas	3,395	4,689	8,084	2.40
10	Cefalia (dolor de cabeza)	2,193	4,047	6,240	1.85
11	Amebiasis	2,206	3,326	5,532	1.64
12	Conjuntivitis	2,030	2,880	4,910	1.45
13	Lumbago	2,119	2,478	4,668	1.38
14	Diabetes	1,153	2,283	3,438	1.02
15	Desnutrición	849	1,246	2,095	0.62

Información MSPAS 2005

El cuadro anterior lo constituye las 15 enfermedades con mayor incidencia en adultos mayores, los datos corresponden de enero a septiembre según datos del Ministerio de Salud Pública, se atendieron en este período 336,778 que corresponde al 47% de la población total de adultos mayores; de esta población fueron 138,299 hombres que equivale el 41% y las mujeres 198,480 que corresponde al 59 % del total de la población atendida.

En primer lugar se presentan las infecciones y enfermedades respiratorias con un 21%; estas enfermedades van desde simples resfriados a bronquitis y neumonías, enfermedades que pueden ser prevenibles si a través de campañas de prevención y

cuidados, y campañas de vacunación contra la Influenza, ya que por medio de ésta se previene que lleguen a convertirse en enfermedades crónicas, la segunda causa corresponde a 7.7% de la primera son enfermedades relacionada con los huesos, siendo una de la principales la osteoporosis, todas estas enfermedades si son detectadas a tiempo pueden ser leves o evitarlas, la tercera lugar se encuentra la gastritis con 7.6% esta enfermedad va ligada a los problemas ya de un deterioro de por la vejez y se podría ligar con no acceso a la alimentación, la cuarta enfermedad es la Anemia, 5.6% esta enfermedad se debe a la baja calidad de vida que los adultos mayores tienen, al no tener una alimentación sana y adecuada a su edad debiéndose en algunos casos al nivel de pobreza o extrema pobreza en que muchos adultos mayores se encuentran, y hasta la quinta posición se encuentra una enfermedad propia de un proceso de envejecimiento la hipertensión, esta enfermedad conlleva un cuidado riguroso del Adulto Mayor y un tratamiento elevado económicamente, e inaccesible para mucho adultos mayores, y al no tener el acceso a medicamentos puede causarle otras enfermedades como accidentes cerebro vasculares y la muerte. Y las otras enfermedad que van ligadas a la vejez la encontramos en la posición 14 que la constituye la Diabetes.

10.4. Datos de casos especiales⁶

No.	Enfermedades	Numero total
1	Enfermedades de la Mujer	874
2	Examen Ginecológicos general de rutina	15
3	Parkinson	24
4	Alzheimer	9
5	Enfermedades Seniles	335
6	Anorexia	634
7	Abandono	2
8	Accidentes automovilismo	10
9	Accidentes de bus	34
10	Golpeado por otros objetos	115
11	Heridas armas de fuego	35
12	Arma blanca	84
13	Golpes de Esposo o pareja	1
14	Examen medico general	903
15	Atención medica no especificada	2,519
16	Total de adultos mayores atendidos	336,779 47%

Información MSPAS 2005

Estos casos son especiales; debido a que en primer lugar se atendieron 874 mujeres por enfermedades propias de la mujer, que van desde problemas de la menopausia, infecciones vaginales y problemas mamarios, esta enfermedades pueden ser todas prevenibles si el Ministerio de Salud Publica emprendiera una campaña de concientización hacia la mujer, sobre sus derechos y cuidados de su sexualidad, ya que según el informe de MSPAS solo 15 mujeres llegaron a realizarse un examen ginecológico de rutina, habiendo en Guatemala 359,365 mujeres adultas mayores según el Censo del INE 2005.

Otras de las enfermedades que se pueden clasificar como especiales son los 634 casos de anorexia registrados en adultos mayores, datos que debería ser base para realizar una investigación sobre las causas de dicho fenómeno, ya que esta

enfermedad se da con mayor incidencia en las generaciones jóvenes como parte los estereotipos en las mujeres jóvenes.

Por último se tiene que manifestar que solo 903 adultos mayores llegaron los centro de asistencia médica a realizarse un chequeo médico general, y 2, 519 recibieron atención médica no específica, en mucha ocasiones los adultos mayores sólo van a ver al médico para contar sus problemas que no precisamente son de salud.

Causas de mortalidad 2005 en adultos mayores

No.	Enfermedad	Hombre	mujer	Total	%
1	Por Enfermedades e Infecciones respiratorias	1,538	1,286	2824	17.08
2	Enfermedades cardiovasculares	1,649	1,125	2,774	16.78
3	Senilidad	796	943	1739	10.52
4	Tumores Cancerosos	661	746	1,407	8.51
5	Eventos cerebro-vasculares	419	483	902	5.46
6	Diabetes	300	415	715	4.35
7	Desnutrición de diferentes causas	322	322	644	3.90
8	Enfermedades Hepáticas	380	232	612	3.70
9	Sistema Renal y urinario	186	116	302	1.82

Informe de MSPAS 2005

En cuanto a la mortalidad en los adultos mayores en el período de enero a septiembre fallecieron por diferentes causas 16,531 adultos mayores siendo 8,532 hombres y 7,999 mujeres, en el cuadro anterior se detallan las 9 causas de morbilidad más frecuentes en los adultos mayores, siendo la primera por Enfermedades e Infecciones respiratorias con un 17 % esta causa también es la primera en morbilidad, y como se analizo en anteriormente, esta causa se evitar en mayor porcentaje si se tiene un plan de prevención dirigido a los adultos mayores, 16% son muertes a causa de enfermedades cardiovasculares, en las que influyen

mucho los factores de la hipertensión cardíaca, la cual en causas de morbilidad tiene el lugar número 5, después sigue la Senilidad con un 10% que son la muertes por vejez, el 8% de los adultos mayores murieron por tumores cancerosos, y el 5% por eventos cerebro vasculares, en la posición séptima se encuentra la Desnutrición por diferentes causas, aunque el porcentaje es mínimo, la causa puede verse desde el punto de vista de la calidad de vida que los adultos mayores, en especial los de edad avanzada, al tener poco acceso a una alimentación adecuada para su edad.

Casos especiales:

No.	Causa de Muerte	Numero total
1	VIH-SIDA	11
2	Negligencia o Abandono	7
3	Parkinson	21
4	Alzheimer	12
5	Asfixia, ahorcamiento (estrangulamientos)	16
6	Heridas y disparo por arma de fuego	66
7	Ahogamiento o sumergimiento	15
8	Contacto traumático por serpiente	1
9	Heridas por arma blanca	13
10	Homicidios	3
11	Intoxicación alcohólica	66

Entre los casos especiales se reportaron este año 15 muertes de adultos mayores por el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida VIH-SIDA, lo que indica que ésta enfermedad no tiene límites de edad, que aunque en números no sea significativo ya se encuentran casos de estos en la población adulta mayor; muertes de adultos mayores por enfermedades catalogadas como propias de la vejez, se tuvieron 21 de Parkinson y 12 con Alzheimer, por último se tiene 66 muertes por intoxicación alcohólica, una causa que, aunque es mínima es importante buscar las causas o el nivel del fenómeno dentro de la población adulta mayor.

Es importante mencionar que, la problemática no se limita al área de salud; en ocasiones el enfermo crónico es discriminado y estigmatizado por su condición lo cual incrementa la carga psicológica, social y económica de la enfermedad; debido a que la persona no sólo debe enfrentar su enfermedad sino la discriminación a partir de la condición que se genere de ser un enfermo; en estos casos las personas son vulnerables tanto por la enfermedad como por las reacciones sociales y familiares, quienes en muchos casos despedidos de sus labores, o abandonados por sus propias familias, quienes en su condición de pobreza recurren los servicios médicos públicos y en muchas ocasiones internan a las personas mayores, abandonándolas en los centros hospitalarios .

Esta situación la enfrentan día a día las personas adultas mayores y en la etapa de la ancianidad, que es cuando por los factores del envejecimiento pierden defensas en sus organismos, los cuales aumenta el riesgo también de muerte. La salud es un concepto dinámico que evoluciona y sufre transformaciones, esto como resultado de cambios en los campos social, epidemiológico, demográfico y tecnológico; así como transformaciones de índole global en la economía.

La atención en salud para las personas adultas mayores debe ser atendido y debe evolucionar de acuerdo con los cambios y traducirse en respuestas satisfactorias a las nuevas demandas en cuanto a las enfermedades propias de la tercera edad; lo importante de la transición epidemiológica es vivir mejor, con una calidad de vida que permita no sólo disfrutar de un aumento en la esperanza de vida, sino de estar en condiciones de aprovecharlo.

El problema de la transición epidemiológica ya no consiste en la presencia de las enfermedades con las cuales la persona se debe acostumbrar a vivir; la relevancia se refiere a sus efectos sobre la autonomía de las personas adultas mayores y a la incapacidad que generan para realizar las actividades cotidianas; a mayor edad las personas padecen más discapacidad y deterioro funcional, esto como resultado de una serie de factores directamente relacionados con los patrones de conducta como el consumo de alcohol, tabaco, grasas, falta de ejercicio; de esto se suma la aparición de enfermedades crónicas y la falta de programas y medicamentos para atenderlas, y lo más importante la falta de voluntad política para su debida atención.

Es importante mencionar que, una gran parte de la población, no recibe atención médica del seguro social, y que los servicios que se brindan en los centros asistenciales públicos son excluyentes para las personas adultas mayores, y que el problema no radica posiblemente en la cobertura del servicio sino en la calidad de los servicios que reciben; considerando que la salud es un derecho, no se trata únicamente de atender, sino de brindar equidad, calidad y eficiencia en el servicio, por lo que es importante la difusión del derecho a la salud para que a los usuarios les permita solicitar atención adecuada, y por otra parte el personal de salud tenga presente cuáles son sus obligaciones. El resultado de estar informados será establecer una mejor relación entre el paciente y el personal de salud, así como un mejor trato para alcanzar una atención de calidad y una práctica médica más humanística.