

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

SÍNDROME DE MALTRATO EN ANCIANOS

ESTUDIO REALIZADO CON PERSONAS QUE ASISTIERON AL CENTRO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA PENSIONADOS DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2000 Y ENERO DEL 2001.

HADA VENUS ESCOBAR EGUIZABAL

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, agosto de 2,001

INDICE

	Página
I. Introducción.	1
II. Definición y análisis de problema.	3
III. Justificación.	5
IV. Objetivos.	7
V. Revisión bibliográfica.	8
VI. Metodología.	56
VII. Presentación y análisis de resultados.	61
VIII. Conclusiones.	73
IX. Recomendaciones.	74
X. Resumen.	75
XI. Referencias bibliográficas	76
XII. Anexo.	79

I. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia los adultos mayores no solo ha sido excluidos socialmente, sino que han sufrido hasta agresiones de toda índole. Han tenido que vencer sin número de barreras legales, económicas, sociales y arquitectónicas, estas relacionadas con el acceso al espacio y a la movilización en las áreas urbanas: como ausencia de rampas, ascensores, transporte público y sanitarios adecuados, etc.

Las oportunidades de empleo, de ascenso social, de participación en el sistema público y otras instancias de la vida diarias son mínimas, especialmente para quienes además viven en la pobreza e incluso miseria.

La pobreza agrava los niveles de vida para los adultos mayores pues acarrea una secuela de males; deficiencias nutricionales, carencias educativas, malas condiciones generales de vida, impericia para el manejo de su envejecimiento, condicionando ambientes conflictivos con violencia y malos tratos.

La violencia al adulto mayor es un problema de orden social que atenta contra los derechos humanos y los afecta dentro y fuera del hogar; generalmente por alguien cercano, familiar o conocido quién perpetua el maltrato.

Nuestro estudio pretende llevar a la reflexión a la sociedad guatemalteca hacia las actitudes adoptados respecto al anciano, quién por su condición de vulnerabilidad es víctima fácil y frecuente de abusos.

La presente investigación a través de un estudio descriptivo de tipo transversal, evalúa la magnitud del maltrato hacia el adulto mayor en un grupo de pacientes pensionados del IGSS. Por medio de encuestas realizadas de formas directa y personal en las que se cuestiona sobre características generales del anciano como: edad, sexo, escolaridad, y estado civil, así como el tipo de maltrato recibido, el agresor más común y la actitud adoptada por el anciano víctima.

De los casos de maltrato al adulto mayor detectados el tipo que predomina es la explotación económica y el abuso psicológico, siendo los agresores más comunes los hijos y los cónyuges, y la actitud más frecuentemente adoptada es la depresión, miedo y llanto.

La mayoría de adultos mayores agredidos tienen baja escolaridad, son mujeres, están en su adultez temprana y son casados.

De acuerdo a los datos obtenidos la violencia intrafamiliar y común afecta directamente al adulto mayor por lo que deben impulsarse acciones que prevengan el abuso, especialmente dirigidas a fomentar la autoestima del anciano así como a la identificación temprana del maltrato.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La edad geriátrica (personas mayores de 60 años), es un grupo en constante aumento a nivel mundial. En la actualidad Guatemala está habitada por cerca de 11 millones de personas, de las cuales 485,245 son mayores de 60 años, constituyendo el 5.4% de la población. (19)

Debido al efecto que sobre la estructura de la población tiene la transición demográfica, el grupo de la tercera edad aumentará con la consiguiente disminución del grupo de menores de 15 años. Guatemala se sitúa entonces en una transición demográfica moderada.

Desde la perspectiva médica la curva demográfica demuestra que la práctica médica actual será muy vinculada con la geriatría. Las personas de 60 años y más, representan poco más de la tercera parte de los pacientes de la consulta de un médico de atención primaria, se espera que la mitad de los pacientes adultos serán ancianos en el presente siglo. (17)

Por el hecho de que el fenómeno del envejecimiento se encuentra en su período inicial en nuestro país, merece ser objeto de especial atención el adulto mayor, debido a que la persona anciana sufre un deterioro gradual de las condiciones de salud, tanto física como mental, que se aúnan a una reducción o cese total en el mercado laboral, así como mayor dependencia de su núcleo familiar. Esto los coloca en condiciones de alta vulnerabilidad quedando expuestos a una serie de vejámenes por parte de individuos o grupos.

Y si a esto le agregamos que en el país existen escasos programas, recursos y políticas activas que los favorezcan, el panorama del envejecimiento se torna sombrío en nuestro país.

La violencia se manifiesta de diferentes formas, afecta a distintas personas, es motivado por diversas causas y ocasionado con distintos objetos o aún sin necesidad de ellos, cuyos efectos se reflejan además de otros grupos en el anciano.

El individuo geriátrico es un organismo en un equilibrio delicado con su ambiente. Al igual que las etapas iniciales de la vida, esta última se caracteriza por mayor sensibilidad al ambiente, el cual en nuestra sociedad actual está rodeado de violencia, como parte de una verdadera epidemia social que se agrava y ocasiona problemas devastadores en salud pública. (19)

El abuso de ancianos es un problema serio que afecta a millones de personas mayores en todo el mundo, quienes viven con sus hijos, esposos, solos, o en clínicas y hospitales, enfermos o saludables. Actualmente en Estados Unidos el maltrato al adulto mayor es reconocido como un problema social, que abarca abuso, maltrato y abandono. (17,18)

A fin de analizar el fenómeno de la violencia y el maltrato al anciano, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social establece que debe considerarse como un problema de salud actual que se traduce en muerte, enfermedad, incapacidad, discriminación y disminución de la calidad de vida del adulto mayor. (4,5)

El abuso contra las personas de la tercera edad no es un fenómeno nuevo y se manifiesta con actos de comisión y omisión que atentan contra la integridad física, mental, así como el bienestar y la seguridad del anciano. (1,2,3)

El maltrato es sólo la parte emergente de un fenómeno cuyas dimensiones se desconocen así como su incidencia real debido a la falta de evidencia, influyendo el desconocimiento del profesional y de las instituciones sobre cómo identificarlo, así como la actitud del anciano víctima que no reporta su situación de abuso.

Este estudio describe el problema del maltrato a las personas de la tercera edad que asistieron al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, lo cual se hizo a través de un instrumento de recolección de datos elaborado específicamente, durante el periodo de noviembre y diciembre del 2000 y enero del 2001.

III. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida, determinado por el estilo de vida que puede favorecer o afectar un buen envejecimiento. El buen envejecimiento no depende sólo de ausencia de enfermedades, sino que también de la ausencia, presencia o gravedad de factores de riesgo.

El tener dinero suficiente para mantenerse se convierte en uno de los problemas más angustiantes para estas personas, sobre todo en las que tienen escasa educación formal y se enfrentan con problemas de salud quedando desempleados. El aislamiento físico y emocional es otro factor de alto riesgo que afecta la salud y bienestar de la persona de edad, mientras que el apoyo social, tanto emocional como material tiene efectos determinantes para la salud.

La salud en la vejez depende de los sistemas de vida, la exposición a factores de riesgo y las oportunidades de acceso a la protección y promoción de la salud. Además de los cambios biológicos la vejez es una etapa de pérdidas, pérdidas de amigos y familiares (la muerte y la movilidad). También es una época de temor, temor por la seguridad personal, temor por la inseguridad financiera, temor a la dependencia y temor al aislamiento generacional.

En vista de estas enormes amenazas, es preciso detenerse a reconsiderar que la mayoría de ancianos han desarrollado mecanismos para enfrentarse a las múltiples limitaciones, sumándosele la serie de agresiones que los victimizan, los postergan y los marginan sometiéndolos a constantes abusos de toda índole, maltrato y negligencia de parte de las personas con las que convive y de las cuales en la mayoría de los casos depende.

Este hecho trasciende todos los sectores de la sociedad de forma clara o vedada independientemente de la condición del adulto mayor. El maltrato en el anciano incluye el aislamiento físico, emocional e inseguridad financiera. (40,41)

La magnitud del problema varía en los distintos países dependiendo de los factores culturales y sociales, así como las características de la propia víctima. En Guatemala es el fenómeno en que se aprecian limitaciones de información entre otros, la cual no está disponible en la mayoría de instituciones relacionadas con la tercera edad. Se le incluye conjuntamente con la violencia intrafamiliar y se desconoce un dato exacto sobre su incidencia. (14,15,20)

Según la defensoría de la tercera edad en el año de 1999, se recibieron noventa y cuatro denuncias relacionadas a la violación de los derechos individuales del anciano, en las que predominó el maltrato físico, abuso financiero y abandono, a las que se les da mediación o seguimiento legal si el caso lo amerita. En la Procuraduría General de la Nación se reciben aproximadamente 49 denuncias mensuales, de las que la mayoría son por abandono y negligencia. Según publicación del Diario de Centroamérica de mayo de 1999, de cada 50 ancianos, 49 son maltratados.

Según la Doctora Wolff, la naturaleza del abandono y el abuso es tal que un diagnóstico oportuno de parte de la evaluación médica oportuna es crucial, quien debe reconocer los factores de riesgo en base a técnicas diagnósticas para su identificación, intervención y prevención del maltrato.

El enfoque profesional deberá de ser multidisciplinariamente, con la participación de médicos de consulta externa, médicos de emergencia, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y abogados. (20,22)

Una de las limitaciones mayores es la falta de recurso humano calificado en el área gerontogeriátrica, además de los pocos programas relacionados con la tercera edad y específicamente sobre maltrato.

La prolongada guerra en Guatemala propició una cultura de violencia, la cual se perpetúa por generaciones, incrementándose a nivel intrafamiliar con alarmantes índices de desintegración familiar, pérdida de valores morales, religiosos y ausencia de lazos afectivos. Lo que ha incidido en el aumento del maltrato al adulto mayor.

Por las razones expuestas, el presente estudio servirá para que las entidades públicas y privadas, colaboren en proyectos encaminados a la orientación y apoyo del adulto mayor víctima de maltrato, así como al agresor y las familias afectadas; con acciones de mediación o intervención directa en casos necesarios.

IV. OBJETIVOS

Generales:

- 1 Determinar la frecuencia del Síndrome de Maltrato en Ancianos que asisten al Centro de Atención Médica Integral para Pensionados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante los meses de noviembre y diciembre del 2000 y enero del 2001.

Específicos:

Identificar el grupo de edad, sexo, estado civil y nivel escolar más frecuentemente afectado por abuso o maltrato.

Identificar los tipos más frecuentes de maltrato en ancianos.

Identificar el perpetrador más frecuente de agresión hacia el adulto mayor.

Detectar la actitud más frecuente que adopta el anciano al ser maltratado.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. Geriatría: (gr. eron, anciano)

Parte de la gerontología que se ocupa de las enfermedades de los ancianos. (4)

Gerontología:

Estudio de la vejez (aproximadamente a partir de los 60 años), de los fenómenos que se asocian a la edad avanzada o son consecuencia de ella.

En el estudio de la vejez se incluyen además de los aspectos fisiológicos y patológicos, los aspectos sociológicos y económicos, así como la preparación para envejecer sanamente tanto mental como físicamente.

B. Características Generales de la Edad Geriátrica:

La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento llevada a cabo en Viena en 1982, establece los 60 años como edad límite inferior de la etapa del envejecimiento. (17)

El anciano frágil o de alto riesgo lo constituye el que tenga más de 60 años, viva solo, o dependiente de familias integradas, padece alguna enfermedad, consume medicamentos, institucionalizado con pocas garantías, alta hospitalaria reciente.

b.1. Paciente Geriátrico:

Se caracteriza por tener más de 60 años con problemática psicológica, social y familiar, con patología crónica concomitante o con compromiso funcional. (8)

EL ROL SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN LAS SOCIEDADES TRADICIONALES Y MODERNAS

En antropología cuando se habla del aspecto humano hay que comprender dos aspectos: la filogenia, que comprende los cambios biológicos ocurridos desde la aparición de los homínidos hasta el momento actual, y el de las modificaciones que se dan en el organismo humano desde la concepción hasta la muerte.

En los últimos cuatro millones de años, desde la aparición de los prehomínidos, la evolución ha pasado por cambios notables en los genes reguladores, que han determinado a su vez cambios en el desarrollo humano, como son: la posición bípeda y las modificaciones en la cadera, el aumento de la

capacidad craneana y el incremento de la estatura y el peso corporal, que dan lugar a otros cambios no visibles, como el aumento en la longevidad o esperanza de vida.

En varias especies animales, a mayor cerebro hay una mayor longevidad; en los mamíferos, la maduración ósea se determina cuando alcanza su mayor crecimiento, que coincide cuando termina su maduración sexual; en los peces y reptiles se da una situación especial, porque no tienen envejecimiento y siguen creciendo hasta encontrar la muerte por un accidente o circunstancia determinada por su tamaño. En la especie humana, la base biológica de la evolución se basa en dos aspectos: el hacerlos grandes, visibles y morir o el hacerlos crecer, madurar, envejecer, enfermar y morir. (36)

En lo social, la suerte del anciano es diferente dependiendo de la sociedad donde le tocó vivir.

Dentro de las culturas tradicionales, las sociedades que tenían asegurado el sustento, encontraban vital la experiencia de los viejos, de ahí que tuvieran un lugar privilegiado, como sucedía entre los yáganse de la Tierra del Fuego, en la sociedad China y en algunas sociedades de África. Sin embargo las sociedades con vida más precaria tenían y tienen los ancianos menos afortunados, como sucede entre los esquimales, los hotentotes y algunas tribus de Norteamérica, donde ha sido común sacrificar a los ancianos cuando ya no son productivos y consumen alimentos que son necesarios para los integrantes jóvenes del grupo.

En Meso América los viejos, en términos generales, eran merecedores de culto y de privilegios por su sabiduría, aunque también podría suceder que fueran eliminados al cumplir determinado ciclo por su grado de sapiencia y por su poder que podría llegar a ser peligroso.

En Occidente, en las culturas modernas, y sobre todo dentro del capitalismo, la competencia y el individualismo que caracterizan a este sistema hacen que el anciano deje de ser productivo, pierda capacidad para competir laboralmente y se le dificulte conseguir trabajo, lo cual en algunos países puede suceder apenas llegado un individuo a los cuarenta años. (36)

De acuerdo con la ONU a los 60 años ya se es viejo; en México el 5 ó 6% de la población pertenece a este grupo, en Estados Unidos, el 8% y en Suiza, el 14%. En general el 0.02% de la población vive más de 90 años, pero hay lugares del mundo donde se da una longevidad excepcional, como sucede en la región de Vilcamba en Ecuador, en la Georgia Soviética y en la región de Hunza entre Irán y

la India. Aunque es posible que existan razones políticas para exagerar los datos con objeto de beneficiar algún sistema económico en comparación de otros, o bien algunas personas longevas tiendan a exagerar su edad, de todas maneras no hay duda que hay una longevidad excepcional en algunos grupos humanos. Uno de los factores que muestra mayor regularidad en estos grupos, es que a los ancianos se les asigna una situación privilegiada en el seno de la familia y la sociedad, reconociéndoles un gran ascendente moral, rodeándoles de respeto y asignándoles un papel social.

Si bien el aspecto biológico y la calidad de vida son determinantes, el papel social del anciano es probablemente lo más importante porque le da una razón de vivir y le permite conservar el ritmo de la actividad vital durante la prolongación de la existencia.

Cuando el anciano entra en inactividad cae en depresión, lo que trae consigo a su vez una depresión de su sistema inmunológico y sus consecuencias; de hecho, un 70% de los viejos sufren de depresión. En estudios realizados se observa que el 50% de los jubilados mueren dentro de los primeros 10 años después de su separación; al no tener una actividad determinada, al no sentirse útiles y al verse relegados de su ámbito familiar y social, se inicia la problemática psicológica que conduce a la muerte. De ahí la necesidad de cambiar la actitud hacia el anciano. (36)

A diferencia de las sociedades occidentales en la sociedad indígena es difícil ver a un anciano ocioso, pues su grupo familiar se encarga de asignarle una tarea de acuerdo a sus capacidades, que aunque disminuidas, no dejan de ser útiles. Existen otras actividades dentro y fuera de la familia en las que el anciano tiene la posibilidad de demostrar su sabiduría y experiencia adquiridas con los años, al desempeñar importantes cargos civiles o religiosos en bien de su comunidad. Quizá este aspecto coloque al anciano indígena en una condición relativamente mejor a la que viven sus similares occidentales. Dicha actitud hacia el anciano es producto de una sabiduría adquirida a través de siglos; viendo al anciano como el reflejo del futuro de cada individuo.

LAS NECESIDADES BASICAS DEL HOMBRE ADULTO

La vida humana implica necesariamente la satisfacción constante de sus necesidades básicas como las biológicas, psicológicas y socioculturales. Al llegar a la ancianidad las necesidades se modifican como resultado de las alteraciones que sufre el organismo, la situación emocional y el lugar que se ocupa dentro de la cultura y la sociedad.

Según el antropólogo Abraham H. Maslow cada hombre tiene una serie de necesidades básicas que de no satisfacerse generan otras.

Dichas necesidades son:

1. Fisiológicas: que son resultado de lo que el hombre requiere como mínimo para sobrevivir. Como respirar, comer, excretar, conservar la temperatura, mantenerse hidratado, entre otras.
2. De seguridad: que se entiende también como estabilidad, independencia, protección o ausencia de miedo. Esta necesidad se manifiesta en dos campos principales: el físico y el psicológico.
3. De pertenencia: que incluye el amor y el afecto. Esta necesidad se satisface mediante el contacto con los integrantes de la comunidad, vecinos, compañeros, y otros.
4. De estimación: que se manifiesta de dos formas:
 - a. El deseo de fuerza, de logro, adecuación, maestría y competencia, confianza ante el mundo, independencia y libertad.
 - b. El anhelo de prestigio, status, fama o gloria.
5. De autorrealización: que es resultado de ser lo que se requiere y puede ser. Como resultado de un ambiente estimulante. (29)

LA SITUACIÓN BIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA DE LOS ANCIANOS

Según el Dr. Luis Vargas del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, la acumulación de los años afecta la forma y el funcionamiento del cuerpo humano, independientemente de la salud. Entre algunos de los principales problemas de los ancianos podemos mencionar:

1. Los problemas de salud de los ancianos están ocasionados por factores intrínsecos (genéticos y derivados del proceso mismo del envejecimiento) y extrínsecos (ocasionados por la acción del ambiente sobre sus personas).
2. Los problemas de salud de los ancianos aumentan con la edad. En Latinoamérica las dos terceras partes de los ancianos consideran su salud entre buena y regular, aunque la proporción de mujeres que hace esta afirmación es menor. Más de la mitad de los

ancianos latinoamericanos declaró que sus problemas generales de salud les dificultan realizar algo que desean.

3. Dentro de los problemas más frecuentes de los ancianos se encuentran los de visión, audición y dentición. El aislamiento producido por la dificultad para la comunicación es uno de los factores que más influye en la pérdida de capacidad física y mental de los ancianos. La encuesta de necesidades de los ancianos de la Organización Panamericana de la Salud, hecha en México, mostró que entre un tercio y la mitad de los entrevistados calificó su visión entre mala y muy mala, en el 10% de los menores de 80 años entre 20 y 33% entre los mayores de esa edad. Los problemas bucodentales de 25 al 50% a partir de los 80 años.
4. En Argentina se encontró que las principales causas de morbilidad entre los ancianos fueron: enfermedades cardiovasculares, de vías respiratorias, digestivas, cerebrovasculares, traumatismos y envenenamientos, tumores malignos y otras. Las causas más frecuentes de mortalidad fueron las metabólicas y nutricionales, cardiovasculares y circulatorias, del sistema osteomuscular, del tejido conjuntivo, respiratorias, las nutricionales, de la glándula endocrina y del metabolismo.
5. Las caídas son uno de los problemas más importantes entre los ancianos, ya que son causantes de incapacidad, discapacidad o por lo menos inmovilidad, que agravan padecimientos preexistentes. En Costa Rica las hospitalizaciones más frecuentes se deben a las caídas con estancias prolongadas. En Estados Unidos los factores predisponentes más comunes para las caídas son el uso de sedantes, problemas mentales, discapacidad en los miembros inferiores, reflejos disminuidos, anomalías del equilibrio o la marcha y patología del pie.
6. Los problemas de salud más frecuentes entre las mujeres ancianas son las enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, tumores malignos, diabetes, obesidad, problemas osteomusculares y las alteraciones mentales.
7. Los problemas de salud que requieren mayor atención son: la prevención de la aterosclerosis, de los problemas visuales, auditivos y de la masticación, caídas, osteoporosis, incontinencia urinaria y fecal, y los problemas causados por tratamientos médicos inadecuados. (29)
8. Existe poca información sobre la magnitud de las alteraciones mentales de los ancianos. sin embargo, dentro de los más comunes que deben de reconocerse en los niveles primarios de atención, están el delirio, la depresión y las psicosis paranoides. Un estudio en México mostró que las neurosis fueron más frecuentes entre las mujeres y los síndromes cerebrales sin psicosis, entre los hombres. Otro estudio sobre los aspectos psiquiátricos de los cuidados del anciano en Latinoamérica, llega, entre otras, a las siguientes conclusiones:
 - a. La salud mental de la población añosa de Latinoamérica presenta signos de deterioro, deducibles de los indicadores indirectos como las tasas de mortalidad por suicidio, cirrosis hepática y homicidio.
 - b. No se dispone de información fidedigna sobre la morbilidad psiquiátrica de los ancianos de Latinoamérica, sin embargo, los pocos estudios llevados a cabo muestran importante patología mental entre ellos, particularmente alcoholismo, depresiones, cuadros neuróticos y las demencias secundarias, además de la enfermedad de Alzheimer.

Respecto a los problemas más frecuentes ligados con la edad encontramos: pérdida de la memoria a corto plazo y la dificultad de llevar a cabo cálculos aritméticos de manera rápida. Algunas enfermedades como la de Alzheimer si afectan la capacidad intelectual pero se duda que dicha disminución ocurra como parte inherente al proceso de envejecimiento.

9. El costo de la atención médica de los ancianos grava sobre la población económicamente activa, directa e indirectamente, ya que al aumentar el número de ancianos, es menor la proporción de la población que trabaja. (29)
10. En Guatemala según los datos del Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA) para 1997, entre las primeras causas de morbilidad de las personas mayores de 60 años se cuentan: las infecciones respiratorias agudas, las bronconeumonías, diarreas, parasitismo, enfermedad péptica, anemia, infección urinaria, desnutrición, amebiasis, amigdalitis, y enfermedades de la piel. Entre las principales causas de muerte se cuentan: bronconeumonía, senectud, paro cardíaco, diarrea, cáncer, infarto del miocardio, desnutrición, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, sepsis, cirrosis y tuberculosis. Según datos del Centro de Atención Médica Integral a Pensionados -CAMIP- del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- entre las enfermedades de este grupo poblacional se encuentra una alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas siendo las principales: la enfermedad osteoarticular, hipertensión arterial y diabetes.

Los datos anteriores muestran que a pesar de que las enfermedades crónicas y degenerativas suelen ser los principales padecimientos de los adultos mayores en nuestro país, las enfermedades infecciosas y parasitarias, continúan siendo las principales causas de morbi-mortalidad y refleja que las condiciones precarias en las que viven algunos adultos mayores guatemaltecos, influyen de una forma importante en los patrones de morbilidad. (17)

NECESIDADES DE LOS ANCIANOS Y SU VIDA SOCIAL

Los datos anteriores aportan los elementos para comprender las necesidades de los ancianos. La acumulación de la edad tiene como principal efecto la limitación de la autonomía, por el deterioro de las capacidades sensoriales, las necesidades particulares para la alimentación, la osteoporosis y disminución de la agilidad corporal, los problemas como el control de esfínteres, las manifestaciones de enfermedades crónicas, la pérdida de la memoria y el riesgo de padecer caídas. Aumenta conjuntamente la dependencia del exterior y la necesidad de ayuda. En la práctica y en su estado más severo, se traduce en necesidad de apoyo para vestirse, comer, subir escaleras y salir a la calle, lo que confina al anciano a un cuarto o cama, con una pérdida casi completa de su autonomía.(29)

NECESIDADES FISIOLÓGICAS

De acuerdo con la pirámide de Maslow, las necesidades fisiológicas, son el primer grupo a satisfacer por ser elementales, y cuya insatisfacción produce mayores problemas. Estas

posibilitan la vida social de los ancianos, ya que tienen que ver con aspectos fundamentales tales como respirar, beber, dormir, comer, eliminar excretas, desplazarse, estar abrigado, etc. La vida social va encaminada fundamentalmente hacia ellas, y su insatisfacción acerca a la invalidez o la muerte y por ello ocupa la base de la pirámide de las necesidades básicas de cada hombre.

La sociedad ha desarrollado multitud de herramientas para satisfacer estas necesidades, como anteojos, amplificadores para sordera y electrodomésticos, así como algunos medios de transporte. La tecnología moderna aporta diversos adelantos que por desgracia no están al alcance de la mayoría de los ancianos como microcomputadores, teléfonos inteligentes, que llaman a los servicios de urgencia si el anciano no los activa cada cierto tiempo.

Existen modificadores de las funciones corporales aplicables a la tercera edad, como las vacunas contra la neumonía, las prótesis de cadera y otros más.

Queda mucho por hacer y mejorar ya que los diseñadores de espacios y objetos utilizados por los ancianos conocen de manera incompleta las necesidades que deben satisfacer con criterio ergonómico. Por ejemplo los obstáculos que deben vencer los ancianos para el uso del baño, en la mayoría de las veces como ingresar a comerciales y movilización en general.

NECESIDADES DE SEGURIDAD

La necesidad de seguridad se manifiesta en dos campos: el físico y el psicológico. Para el primero se requiere de protección contra los agentes físicos externos como la temperatura, la lluvia, los terremotos y otros, cuya satisfacción es relativamente sencilla, aunque con un alto costo.

La protección contra la propia sociedad es la más difícil. Cada vez es más frecuente ser testigo del maltrato, despojo, abandono y homicidio de los ancianos. Indudablemente la ancianidad va aparejada a la inseguridad.

La inseguridad física aumenta ya que el cuerpo no responde como antes, aumentan los problemas de salud, acercando el proceso de la muerte sin saber cómo llegará, con dolor o precedida de invalidez. Con la duda si los ahorros alcanzarán para lograr una muerte digna. Reforzando esta inseguridad se da la muerte de amigos y familiares ocasionando sensación de soledad.

Necesidades de Pertenencia

Este aspecto depende de la vida anterior del anciano en gran parte; su desempeño dentro de la familia, el trabajo y la vida social en general les otorga dicho sentido de pertenencia.

La organización social debe procurar encontrar roles adecuados para los ancianos como en algunas sociedades donde ellos son los responsables de administrar lo que han llamado la pequeña justicia, que se requiere en los problemas familiares, entre vecinos o en problemas mercantiles. Lo que en la

realidad en nuestro ambiente no se da, ya que el anciano no cuenta con un verdadero espacio que le permita jugar un rol social.

Necesidades de Estimación

Necesidades humanas que dependen más del propio individuo que de su propio entorno. Sin embargo, en la sociedad no existen sistemas de estímulo o reconocimiento para los ancianos. En algunos lugares se les otorgan descuentos económicos para el transporte y para ciertas actividades de recreación. Además no existe un clima afectivo positivo para los ancianos en general.

Necesidades de Autorrealización

Este aspecto no se refuerza ni favorece en la sociedad actual, la mayoría de ancianos no poseen bienes, recursos económicos, amistades, intereses, amor y todo lo que resulta de la vida misma.

Ser viejo, de bajos ingresos, del sexo femenino y pobres, son factores asociados a tener limitaciones en sus capacidades funcionales y vulnerables ante agresiones y abusos de diferente índole. En el campo cultural la población de edad avanzada se encuentra desprotegida, están excluidos de toda información continua que les permita mantenerse actualizados. En México casi una de cada tres personas sin instrucción son de la tercera edad y más las mujeres. (29)

PERSONALIDAD EN LA TERCERA EDAD

En el anciano la energía psíquica, en términos de energía del yo, ha sufrido una merma. El yo dispone de menores recursos energéticos para hacer frente a los cambios, problemas y conflictos que se presenta en el mundo externo e interno. Este hecho tiene como consecuencia la posible insuficiencia de los mecanismos psicológicos de defensa habituales, lo que puede precipitar una descomposición. Luego al disponer de menor energía, el aparato psíquico tiene que atender asuntos más urgentes, en detrimento de otros. Y además el contraste de las fuerzas biológicas que siguen presentes, a veces incluso están aumentadas y los recursos para satisfacción están disminuidos.

Así, el anciano al percibir impulsos que no son aceptables como el sexual, el relacionarse, el movilizarse, etc., se ve afectado en su autoestima.

La amenaza resulta de la espera angustiosa de tres hechos:

1. La pérdida de cualquier índole, desde la pérdida personal (muerte del cónyuge enfermo) hasta la pérdida de la autoestima (por la declinación propia del envejecimiento).
2. El "ataque", que consiste en cualquier agresión externa capaz de producir una herida con el consiguiente dolor, o el robo o pérdida material.

3. La restricción, que resulta de cualquier fuerza externa que limita la satisfacción de los impulsos y deseos. Las enfermedades físicas, la angustia y el miedo, las actitudes de la familia y de la sociedad, son restricciones en el sujeto anciano.

La unión de estos tres aspectos se relaciona generalmente con la aparición de episodios de depresión. La ansiedad del anciano se asemeja a la angustia de separación del niño, es decir que tiene su origen en el temor de sufrir pérdidas o separaciones.

Es ansiedad depresiva relacionada con el mundo exterior y que aumenta con los años. Tanto por la pérdida o separación como por la respuesta y apoyo que recibe que en la mayoría de las veces no se da.

En el adulto mayor se produce una pérdida paulatina de pérdida de adaptación al medio, disminución de la reserva física como mental, pérdida de la autonomía, y vulnerabilidad.

Varias investigaciones apoyan la existencia de actitudes desfavorables hacia el anciano. Las actitudes negativas son discriminatorias, y tienen como base la existencia de prejuicios y estereotipos; proponiendo el término neologista de "viejismo" que se refiere al conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminación aplicados al adulto sólo por su edad. Los prejuicios sobre la vejez se adquieren en la infancia y se racionalizan en el resto de la vida, (29)

RELACION PROFESIONAL - ADULTO MAYOR

La atención hacia el adulto mayor de parte del profesional generalmente está condicionada por aspectos personales y culturales. En estos casos en que el paciente tendrá más edad que el médico, este asume el rol prejuicioso que ya no se puede hacer nada por un mayor o que el tratamiento va a ser poco efectivo por ser una persona cercana a la muerte o que la patología es normal en el anciano como producto de su edad. (35)

INSTITUCIONALIZACION DEL ADULTO MAYOR

En 1980 comenzó la declaratoria de los derechos de los ancianos por parte de la ONU a nivel de los países principalmente subdesarrollados; sin embargo, las medidas no satisfacen las demandas de esta población. En los programas de salud no se contemplan la salud y bienestar del anciano específicamente.

Los primeros antecedentes de la atención de los ancianos son de las organizaciones religiosas, iniciando con los asilos para pobres, desprotegidos o inválidos. Básicamente la labor de estas instituciones hasta la fecha, ha sido de resguardo y alimentación.

El Estado y el Seguro Social brinda ayuda a pensionados jubilados y dependientes de la población envejecida. Sin embargo, no cubren otro sector como el rural o el trabajador independiente para lo que surgen entidades privadas con fines humanitarios creando organizaciones no lucrativas y sin distinción a los beneficiarios brindan ayuda. Otras instituciones privadas reciben adultos con familia quienes no les cuidan directamente y deciden pagar.

La gran mayoría de las instituciones optan por dar atención al anciano sano, que requiere asistencia social y que es independiente funcionalmente; en lo que respecta a las instituciones públicas. En el caso de las instituciones privadas algunas atienden ancianos inválidos, pero carecen de recursos y personal adecuado para su atención.

Aún con todas las instituciones y servicios para personas en edad avanzada no se cubren todas las demandas de esta población; han proliferado instituciones en el sector privado con carácter lucrativo, que son más flexibles en cuanto a requisitos para su ingreso, evidenciando que existe alta demanda de servicios.

La institucionalización, que ha proliferado como una solución tiene objetivos formales, pero son vagos y contradictorios por ser insuficientes en número, limitados en su cobertura, inestables en sus bases económicas, con niveles de profesionalización e infraestructura técnica limitados o inexistentes. También se emplean y desarrollan las casas de reposo que operan con fines de lucro, ofreciendo servicios a ancianos vulnerables sin control del Estado. Su costo es alto limitando el acceso a un pequeño grupo.

Según el artículo de Chambel, se debe explotar las opciones de salud a nivel de la comunidad, como la alternativa de la institucionalización. Cuan alejada está esta reflexión de la realidad social de la vida del anciano cuando la primera solución a sus problemas es la "institucionalización", que en muchas ocasiones se convierte en un aporte más a la marginación del anciano.

Otro autor refiere como el confinamiento irracional, a la institucionalización del adulto mayor sin medir consecuencias de la misma y sin tomar en cuenta su criterio por un lado, y de maltrato institucional por otro, tanto físico como mental. Las reacciones de la familia son de enojo, depresión, fracaso, pesar, y desamparo. La relación de hijo-padre institucionalizado pasa a ser de intimidad a distancia, relación de ayuda económica y de apoyo vía telefónica, pero no de convivencia bajo un mismo techo.

Otro estudio indica que un 43% de los ancianos que pasan de los 60 años, usan los servicios de una casa hogar como posibilidad de vida antes de su muerte. En realidad el adulto mayor prefiere la vida en su propio hogar, pero esta posibilidad no es tomada en cuenta por las familias, que al no poder, saber o querer asumir el rol de cuidadores, asilan a sus familiares. Según este estudio, entre más ingreso tienen los hijos, más rápido buscan la opción de asilar a sus padres. Los hijos usan más el asilo que el cónyuge del anciano. (35)

Dentro de los efectos de la institucionalización se observan:

- Pérdida de peso como síntoma de la depresión.
- Pasan más tiempo en cama.
- Toman sedantes.
- Presentan más trastornos del sueño.
- Círculos viciosos de conductas.
- Riesgo de úlceras por inmovilidad.

Todo este tipo de situación a la que se enfrenta un adulto mayor, atenta contra su deterioro físico y mental que a la larga acortan su existencia.

No existe la formación de recurso humano para cubrir adecuadamente las demandas de las instituciones así como la infraestructura formal de las mismas.

En general existe un aumento en la utilización de los servicios de salud a medida que aumenta la edad. Desde hospitalizaciones prolongadas al traslado a los asilos por corto tiempo para recuperación o un período más prolongado. Se considera que en Estados Unidos, el 5% de ancianos se encuentran en asilos en algún momento de su vida. Entre las personas de 65 a 74 años, el índice es del 2%, y se eleva al 7% entre 75 y 84 años, hasta el 20% en los 85 años o más, y el índice de ingresos es mayor en mujeres que en varones.

TERCERA EDAD

1. Definición

La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la ciudad de Viena, Austria, en 1982, enfocó el interés principalmente en el grupo poblacional mayor de 60 años. A partir de ese momento, los términos vejez, tercera edad, ancianos y adultos mayores, se refieren a la parte de la población comprendida en el grupo de más de 60 años. Lo anterior en base a la edad cronológica que se utiliza para delimitar a los diferentes grupos de personas de la sociedad.

La vejez se debe tomar como un concepto relativo, ya que el envejecimiento comienza a partir del nacimiento y se extiende en forma gradual hasta el final de la existencia, como un proceso que dura toda la vida, que no se limita a una sola etapa, presentando cambios no solo corporales.

Según la Organización de las Naciones Unidas, cada vez es mayor la esperanza de vida la que aumentará 20 años en la vida media de la población mundial. Surgiendo el término cuarta edad para las personas comprendidas entre 80 años y más.

El envejecimiento varía entre las personas y los grupos sociales, de acuerdo a la capacidad de cada persona para asimilar los cambios, este período de la vida puede ser bienvenido o temido.

Se considera en términos generales que un senescente es capaz de tener un buen nivel de bienestar cuando enfrenta los cambios que ocurren en su organismo y en su medio social con un adecuado grado de adaptación.

Además del cambio fisiológico durante el envejecimiento se distinguen cambios superficiales como el cambio de la fisonomía de la persona, y los relacionados con la capacidad funcional.

Erróneamente se ha considerado que la capacidad funcional disminuida va acompañada de determinadas características físicas de las personas de la tercera edad, como las arrugas en la piel o el cabello gris. Sin embargo no existe relación directa entre una y otra, ya que se ha demostrado que la pérdida de la capacidad funcional no necesariamente es consecuencia directa de una edad avanzada. Generalmente la disminución de la capacidad física de los ancianos puede ser por daños de alguna enfermedad y no sólo por el proceso de envejecimiento.

Según el Psiquiatra Ramón de la Fuente, el envejecimiento fisiológico (senectud) y el envejecimiento patológico (senilidad) son condiciones cualitativamente diferentes. (40)

2. El Concepto Social de la Vejez

Este es parcialmente determinado por factores biológicos, físicos, psicológicos y sociales; es el desarrollo de elementos internos y externos. Como la forma en que la sociedad entienda y asimila el concepto vejez, que se refiere a como se les categoriza socialmente.

En nuestra sociedad, el concepto de vejez “responde más a un juicio social que a uno biológico”.

De lo anterior se explica la visión diferente de cada país, la cual puede variar a lo largo del tiempo en una misma sociedad, por ejemplo en México se observa una heterogeneidad económica, social y cultural.

Algunos autores consideran la vejez como un destino social, debido a que, sin descuidar los aspectos biológicos del envejecimiento, opinan que las características de la sociedad son las que condicionan tanto el promedio de vida de sus habitantes como la calidad de ésta durante la vejez. Afirmando que la situación actual de los ancianos obedece en su mayoría a las políticas sociales adoptadas.

En sociedades como la nuestra, en algunos sectores existe la idea de que la vejez es una etapa caracterizada por la decadencia física y mental, la cual proyecta sobre los viejos una imagen de discapacidad, de estorbo, de inutilidad social, de personas con un conocimiento obsoleto, rebasadas por la modernidad. Aunque estas ideas son falsas, han propiciado que los ancianos adopten una actitud de baja autoestima y acaben por percibirse a sí mismos en esos términos.

Investigaciones recientes en la industria indican que, en ciertos trabajos, las personas de más de 60 años pueden igualar o superar a los jóvenes porque son más serios, más responsables y no desperdician material. De igual forma, diversos estudios demuestran que los ancianos suelen conservar en forma notable su inteligencia, enriquecida por su experiencia, y esto les permite compensar defectos cognoscitivos, como es la disminución de la capacidad para el pensamiento inductivo. Por otra parte, el anciano maneja bien las estructuras lógicas y su razonamiento deductivo puede ser excelente.

En algunos sectores de la sociedad se sigue sin precisar el papel del anciano; falta aún una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos y en cuyo desempeño estos podrían conseguir el reconocimiento social.

Debido a que las actividades de los ancianos en la sociedad no han sido definidas, cada anciano debe buscar en qué ocuparse y encargarse de tareas que puedan ser más o menos valiosas y significativas para él, pero sin tener ninguna garantía de que serán reconocidas socialmente. Incluso, en los casos en que los

ancianos desarrollen tareas sustanciales, como por ejemplo el aseo del hogar, la preparación de los alimentos, el cuidado de los menores, tareas que significan un apoyo para la economía familiar, difícilmente se les reconoce por considerarse que, en pago a su manutención, están obligados a desarrollar alguna actividad productiva.

La dificultad para llevar a cabo las tareas anteriores hace que un reducido número de ancianos logren ese reconocimiento social, y que otros muchos deban resignarse al confinamiento en un mundo conformado por la habitación en donde transcurre su vida, abandonados a su suerte.

Los problemas del ancianos no sólo dependen de él, muchos de sus sufrimientos, incluyendo la precipitación de su declinación funcional, están determinados por las actitudes y las acciones de las personas que los rodean, así como de aquellos con quienes se relacionan,. (40)

3. Consideraciones Generales sobre Envejecimiento

El fenómeno de envejecimiento se analiza de dos formas:

- Envejecimiento individual
- Envejecimiento poblacional

3.1.- Envejecimiento Individual: este se puede examinar en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que experimenta cada individuo.

Las teorías del envejecimiento son dos, la del envejecimiento genéticamente programado y las del envejecimiento no genéticamente programado. En el primer grupo está la teoría de la limitación de la duplicación celular desarrollada por Hayflick y a partir del descubrimiento de que las células tienen limitado el

número de duplicaciones que puede realizar siendo diferente en cada especie. Según esta teoría, el hombre tiene el límite superior de su vida alrededor de los 120 años. Otra teoría afirma que existen genes modificadores que suprimen cualquier efecto deletéreo del genoma hasta la llegada de la plenitud de la edad reproductiva que es, cuando cesa su efecto protector y se inicia la vejez. Esta teoría fue modificada y se creó la llamada del gen pleitrópico, donde se agregó que estos genes protectores no simplemente dejan de funcionar sino se convierten en nocivos. Otra teoría se refiere a la restricción del condón genéticamente programada que produciría un deterioro progresivo en la síntesis proteica y sus consecuentes resultados en los tejidos y sistemas corporales. Otra teoría postula que en el organismo debe existir algún mecanismo regulado capaz de conectar y desconectar varios conjuntos de genes, con arreglos a la fase del ciclo de vida en que se encuentra el individuo; esta teoría se ha llamado del Reloj Biológico.

Las teorías no programadas genéticamente incluyen la del “Error”, la de las “Mutaciones Genéticas” y la de “Toxicidad y productos de desecho”. Estas teorías sugieren que la producción de radicales libres dentro de la célula provoca que estos se unan a diferentes moléculas provocando enlaces cruzados entre las mismas, haciéndolas ineficientes; cuando esto ocurre a nivel del ADN se producen trastornos en la síntesis de proteínas incluyendo las enzimas, lo que puede ser muy dañino para el organismo provocando incluso mutaciones de tipo genético. Las otras teorías se refieren a la acumulación de productos de desecho metabólico y de subproductos tóxicos, ligados al estilo de vida, o sea, al régimen higiénico, dietético, la exposición a sustancias tóxicas y otros factores. (17)

Sólo la unión de varias de las teorías anteriores puede dar respuestas al complejo fenómeno del envejecimiento ya que por si misma no explican en su totalidad el proceso.

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es un proceso dinámico, universal, pues ocurre a todos los miembros de las mismas especies; progresivo, pues ocurre gradual y acumulativamente; deletéreo, porque continúa con la disminución de las capacidades funcionales hasta llegar a la muerte; intrínseco, es decir, ocurre ambientales; e irreversible, de causalidad multifactorial. (17)

La mayoría de estudios respecto a los aspectos biológicos de envejecimiento indican que existe una disminución de la capacidad funcional de los sistemas corporales provocada en parte por el deterioro de los tejidos, procesos bioquímicos y sistemas reguladores. En condiciones basales un joven y un adulto pueden tener la misma respuesta sin embargo en condiciones de demanda se observa deterioro conforme aumenta la edad.

Desde el punto de vista psico-social, el envejecimiento es un proceso individual de adaptación a condiciones ambientales del organismo, del medio social o de ambos, cuyo carácter dependerá de cómo se encaren y resuelvan los problemas.

Por el hecho de que los adultos mayores presenten mayor incidencia de enfermedades y que biológicamente exista deterioro, socialmente se enfoca tradicionalmente concibiendo la vejez en términos de déficit y de involución, que se trata de un proceso degenerativo lo cual es una distorsión de la realidad, ya que la reserva funcional no afecta el desempeño, siendo importante definir la salud de los adultos mayores no en términos de déficit sin mantenimiento de la capacidad funcional.

Este enfoque tradicional resta estímulo al anciano para que se mantenga activo, generando una actitud fatalista frente a las circunstancias de los ancianos y lo que es más grave que es compartida por el personal de salud.

A medida que la persona envejece se retira del mercado laboral, y aunque jubilarse es hacer uso de un beneficio merecido, consideran a los jubilados como cargas de la sociedad lo que va en desmedro de su identidad social y de las oportunidades que la misma sociedad ofrece.

Si la época de retiro la contextualizamos dentro de una sociedad cuya meta fundamental es la producción, donde el trabajo es el medio para ganar respeto por los demás y alimentar la autoestima, se deduce que retirarse de la actividad laboral es culturalmente sinónimo de no hacer nada, es decir, no ser nadie socialmente. Además la sociedad no ha definido actividades para estas personas o sea que no se ha definido un rol social para el Adulto Mayor.

Las respuestas sociales al deterioro biológico y al retiro del trabajador forman las ideas erradas sobre la vejez y los ancianos. Aunque son ideas falsas culturalmente, son verdaderas llegando a denigrar y desvalorizar a los ancianos discriminándolos y marginándolos del que hacer colectivo.

Socialmente la vejez es una época de pérdidas, se pierde el trabajo, el estatus dentro de la familia como proveedor, dentro del grupo de compañeros de trabajo y se empieza a perder amigos por fallecimiento.

Psicológicamente es una época de miedos, ansiedad y depresión provocada por las pérdidas sufridas y por las futuras; pero quizá el mayor miedo sea la pérdida de la independencia física, económica y social.

Lo anterior refleja a los ancianos como víctimas de las circunstancias de la vida, sin perder de vista que son verdaderos sobrevivientes con una gran capacidad de adaptación a través de varias generaciones siendo testigos presenciales de la historia con acumulo de experiencia.

3.2 Envejecimiento Poblacional: en términos demográficos, una población envejece cuando aumenta la proporción de personas de 60 años o más con el número de niños y jóvenes. Por lo que el envejecimiento de la población es el aumento de la proporción de personas de edad avanzada, dentro de la estructura de la población general.

El proceso de envejecimiento está determinado por el comportamiento de las tasas de fecundidad y de mortalidad. En general, las poblaciones con fecundidad elevada tienen proporciones bajas de personas mayores y aquellas con tasas de fecundidad baja cuentan con una proporción alta de ancianos.

El término Transición Demográfica se refiere al proceso gradual, mediante el cual una sociedad pasa de una situación de fecundidad y mortalidad alta, a una situación de fecundidad y mortalidad bajas. Esta transición empieza con la disminución de la tasa de mortalidad infantil.

Actualmente, el envejecimiento de la población es un fenómeno mundial; siendo más evidente en algunos países, mientras que en otros empieza a notarse.

Los países desarrollados ya enfrentan el proceso de envejecimiento de sus poblaciones y tienen una tasa muy baja de fecundidad y mortalidad. Su población es mucho más vieja que la de otras partes del mundo y envejecerá más. (16-17)

Por el contrario, los países en desarrollo, como los de Asia, América Latina, México y Guatemala, se encuentran en plena transición demográfica. El problema consiste en que en nuestros países se encuentra la mayor cantidad de la población y, conforme avance el proceso de envejecimiento a nivel mundial, la mayoría de las personas de la tercera edad, habitará en los países en desarrollo.

Al inicio de la década de los cincuentas, en el mundo había 200 millones de personas con más de 60 años, repartidas por igual en regiones desarrolladas y las regiones en desarrollo; en 1975 existían unos 350 millones de ancianos repartidos de igual forma. Para el año 2000 la población total de ancianos del mundo alcanzó los 614 millones y más del 62% habitaron regiones en desarrollo.

En 75 años que van de 1950 a 2025, la población anciana del mundo habrá aumentado de 200 millones a 1.200 millones; es decir, del 8% al 14% del total de la población mundial. Entre las personas de edad, las longevas (más de 80 años), habrán pasado de 13 millones en 1950 a 137 millones en el año 2025. El total de la población mundial habrá aumentado en un factor de poco más de tres, mientras que el total de personas de edad habrá crecido en un factor de seis y el de longevos en un factor de diez. (23)

El Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), indica la tipología de la transición demográfica en los países.

GRUPO 1: transición incipiente: países con alta natalidad y mortalidad, con un crecimiento natural moderado, del orden del 2.5%. Por ejemplo: Haití.

GRUPO 2: transición moderada: países con alta natalidad y mortalidad moderada. Su crecimiento natural es elevado cercano al 3%. Guatemala es un ejemplo de este grupo.

GRUPO 3: en plena transición: son países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja. Tienen crecimiento natural moderado cercano a 2%, un ejemplo de esto es Costa Rica.

GRUPO 4: transición avanzada: son países con natalidad y mortalidad moderada o baja, tiene un crecimiento natural bajo del orden del 1%. Ejemplos de estos grupos son Argentina, Cuba y Chile.

Se considera que los problemas de la vejez no habían constituido preocupación por las siguientes razones:

En primer término, las sociedades preindustriales eran fundamentalmente sociedades rurales, en las que la situación económica y política de las personas de edad avanzada era mas favorable en relación a los jóvenes. Las familias asumían las necesidades de sus ancianos, y se mantenían económicamente productivos durante más tiempo, dedicándose a la agricultura, y la mayor parte de la población no estaba incorporada al mercado laboral-salarial.

En segundo lugar, los ancianos representaban una proporción pequeña respecto de la población total, debido al bajo nivel en la esperanza de vida y a los elevados índices de crecimiento de la población.

En tercer lugar, el establecimiento institucional de las políticas de desarrollo, los gobiernos dan preferencia a otros gastos que invierte a largo plazo en el potencial productivo de los jóvenes.

Finalmente se considera que las personas de la tercera edad impiden el desarrollo, ya que se resisten a los cambios y son menos adaptables a las necesidades de los nuevos requerimientos derivados del proceso de industrialización.

En la población de adultos mayores de un país, los distintos grupos de edad pueden tener tasas de crecimiento diferentes debido al efecto de las fluctuaciones de fecundidad del pasado, los conflictos bélicos, los desastres naturales, las epidemias y la migración. (9)

Los cambios de la mortalidad y fecundidad aumentan la esperanza de vida al nacer, la cual va en aumento a medida que la transición avanza, observándose una diferencia de género en donde las mujeres viven más tiempo que los hombres, fenómeno observado en todos los países del mundo.

3.3 Envejecimiento Colectivo y Envejecimiento Individual

En base a los 65 años se ha formulado el término estadístico “el grado de vejez demográfica”, que se refiere al porcentaje de personas de 65 años y más en relación a toda la población; considerando la Comisión Demográfica de las Naciones Unidas ONU en base a lo anterior tres grupos poblacionales:

1. Población joven: las personas mayores de 65 años, constituyen menos del 4% de la población total.
2. Población madura: las personas de más de 65 años, constituyen del 4% al 7%.
3. Población vieja: las personas de más de 65 años, constituyen más del 7%.

De lo anterior, se diferencia el envejecimiento individual del envejecimiento colectivo poblacional, en el que el primero es irreversible o difícil de modificar; y el segundo es un proceso demográfico, sólo con una baja en la tasa de fecundidad para que la población envejezca, y la disminución de la tasa de mortalidad en la segunda mitad de la vida (aumento de la esperanza de vida) o los movimientos migratorios, la emigración de jóvenes, las inmigraciones de viejos; quedando el envejecimiento en algunos casos como problema del género femenino.

3.3 Otras Consideraciones

Desde el enfoque individual bio-psíquico-social, hay varias manifestaciones de envejecimiento. En términos de salud-enfermedad aparecen daños cronológicos degenerativos, problemas nutricionales, ya no hay capacidad de reproducción, hay tendencia a la pasividad sexual. En el aspecto biológico, en los ancianos hay disminución de la agudeza visual, de la capacidad auditiva y del vigor físico, la masticación se encuentra afectada; se reduce la capacidad en el control homeostático y en las respuestas a los cambios y al estrés. Intellectualmente hay respuestas retardadas pero se sigue aprendiendo. La declinación varía en cada aparato y

sistema. En este grupo etario la demanda de servicios médicos aumenta en consulta externa, servicios odontológicos y hospitalización. (30)

EL ENVEJECIMIENTO EN GUATEMALA

Basándose en el censo poblacional de 1994, se estima que en ese año la población era de 8,331,874 habitantes, con un crecimiento anual de 2.5%. Sin embargo, existe una omisión censal del 11.5% de poblaciones que no fueron censadas, debido al conflicto armado, por lo que se estima que en la actualidad habrá un poco más de 10 millones de personas. De las cuales el 44% de la población es menor de 15 años, lo que indica que la población es esencialmente joven.

Según del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), datos publicados en 1996 en las proyecciones para Guatemala se observa que la tasa de crecimiento descenderá paulatinamente hasta 1.9% en el año 2025. La tasa de fecundidad bajará de 5.4% (1995) a 2.9% (2025). La mortalidad descenderá de 64.8% (1995) a 72.3% (2025), aumentando la esperanza de vida. La anterior descenderá principalmente por el descenso de la mortalidad infantil del 48.5% (1995) a 23.9% (2025).

Estos cambios en los indicadores demográficos producirán un cambio en la estructura de la población, llegando nuestro país a la transición demográfica; por lo que nuestros grupos etáreos irán cambiando en Guatemala.

Según el censo de 1994, en Guatemala existe un total de 448,245 personas de 60 años y más, lo que representa un 5.4% de la población total. Sin embargo se espera que el grupo de 60 años irá en aumento en los próximos 25 años a la par del descenso del grupo de los menores de 15 años; sumándose el grupo de 15 a

59 años entrando la tercera edad en cohorte de crecimiento rápido a partir del año 2025 y la cohorte de fuerza productiva disminuirá produciendo un cambio de la tasa de soporte o dependencia.

En Guatemala el índice de dependencia de ancianos (número de personas mayores de 65 años por 100 de 20 a 64), es en la actualidad 8.1% el cual aumentará lentamente a 9.3% en el año 2020. Durante el mismo período Guatemala espera una caída en el índice de soporte juvenil (número de personas menores de 20 años por 100 de 20 a 64) desde 137 en la actualidad a 66 en el año 2020.

En nuestro país se produce el fenómeno de rectangularización de las pirámides a través del tiempo reflejando el proceso de la entrada de Guatemala de una sociedad esencialmente joven hacia una envejecida.

En la población de adultos mayores guatemaltecos, se observan cambios relacionados con el sexo y el origen. El mayor porcentaje del total en el país corresponde a las mujeres con un 51% al igual que el resto del mundo. Sin embargo respecto al origen, la situación es distinta, en el área urbana predomina el sexo femenino y en el área rural es lo contrario. (7)

Este fenómeno de “feminización” puede estar influenciado por la mayor exposición a factores de riesgo y a los estilos de vida del sexo masculino. Los años agregados a la mujer envejecida no siempre son de buena calidad haciéndola más vulnerable.

El grado de envejecimiento en los departamentos de Guatemala es heterogéneo. Los departamentos del oriente y sur-oriental son los que concentran mayor cantidad de adultos mayores mientras que el departamento más joven es Petén. En el occidente del país, el departamento más envejecido es San Marcos y el más joven es Quiché. Sin embargo aunque el fenómeno de envejecimiento está en su período inicial, el departamento del Progreso se encuentra en una situación avanzada, similar a la de Costa Rica, lo que requerirá servicios avanzados a corto plazo.

CONSECUENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Las principales son el incremento de los servicios de la seguridad social por la pobreza en que viven un gran número de ancianos, la modificación de los servicios de salud y el aumento de los requerimientos de los mismos, ya que el número creciente de personas de edad avanzada genera una carga adicional sobre el sistema de salud, por otro lado además de enfermarse con más frecuencia, el tipo de padecimiento que presentan requiere de un esfuerzo económico. (40)

ASPECTOS DE CONVIVENCIA DEL ADULTO MAYOR EN GUATEMALA

En Guatemala no se cuenta con información al respecto, por lo que se analiza en base al estado civil asumiendo que las personas casadas o unidas viven en compañía y los solteros, viudos y divorciados generalmente viven solos, con algún familiar o con las hijas.

En base a estas características, la Organización Panamericana de la Salud OPS y la Organización Mundial de la Salud OMS, caracterizan las poblaciones de riesgo como los (las) que viven solos, los más viejos, las mujeres viudas, los institucionalizados, los que no tienen hijos, los discapacitados, los indígenas y los que tienen una pareja discapacitada, como los grupos más vulnerables dentro de los ancianos.

La mayoría de adultos en el país se casan o viven en uniones consensuales, las diferencias de género en la esperanza de vida afectan el estado civil más adelante en su vida. Se ha demostrado que los casados viven mejor en varias dimensiones como la economía, social, emocional y de cuidado durante el ciclo de vida.

Debido a que viven más, se casan más jóvenes y se vuelven a casar con menor frecuencia, es más probable que las mujeres en América Latina sean viudas o solteras. Los solteros y viudos son superados por los casados, mientras que las viudas sobrepasan a las mujeres cuyo cónyuge vive.

En el área urbana existen más ancianas viudas y solteras que en el área rural. Con los cambios que la urbanización trae sobre la estructura familiar por las condiciones de vida de las ciudades, se incrementa la pobreza y la marginalidad de las personas de la tercera edad; haciendo más vulnerables a las mujeres solas, viudas y sin hijos, como es el caso de la mayoría de solteras. (7)

En 1991, se realiza en Guatemala la encuesta sobre las Necesidades del Anciano, en la que el 79% respondieron estar satisfechos con sus relaciones familiares, y un 5% reportó insatisfacción. Además el 18% indicó no tener contacto con sus vecinos y el 38% no tener amigos de confianza.

El alfabetismo y la educación contribuyen claramente al bienestar de los ancianos y a permitir que se cumplan las perspectivas económicas en una etapa temprana de la vida y que los adultos se preparen para la vejez.

En Guatemala el 62% de los adultos mayores no cuentan con escolaridad alguna, del 38% restante, 31% tienen educación primaria, el 5% educación media y únicamente el 2% tiene educación superior.

Se observa una mayor escolaridad en hombres a nivel superior y en mujeres es superior la educación media. En el área urbana existen menos ancianos sin escolaridad que en el área rural.

Según el censo 94 en Guatemala, el 58% de la población de adultos mayores son analfabetos, con predominio en las mujeres. Y en el área rural con un 74% de analfabetismo de los mayores lo cual afecta significativamente sus posibilidades de acceso y conocimiento de los servicios.

En contraposición al estereotipo de que el anciano es un ser discapacitado, se observa que el 97.19% de adultos mayores no tienen discapacidad. Entre los que tienen alguna discapacidad, existen porcentajes similares entre los que tienen problemas físicos y sensoriales, y un menor porcentaje con los que tienen discapacidad mental. Y en cuanto a género no hay variaciones importantes entre hombre y mujer ni entre área urbana y rural.

Lo anterior nos hace pensar que muchos de los adultos mayores podrían constituir un recurso humano invaluable para el desarrollo del país.

La mayoría de los adultos mayores, son independientes y activos en su vida diaria; en donde el 85% de los menores de 80 años salen solos de casa, se alimentan, se bañan, orinan, defecan, toman sus medicinas y caminan por un terreno plano sin ayuda.

Existe dificultad para realizar tareas complejas, como salir lejos de casa, subir escaleras, cortarse las uñas de los pies o abordar el autobús; sin embargo estas son tareas esenciales para la independencia dentro del hogar.

Del total de la población anciana del país, 38% trabaja, 62% no trabaja y menos del 1% se considera cesante en busca de trabajo. Dentro de la población trabajadora el 88% corresponde al sexo masculino y el resto al femenino. Para ambos sexos la tasa de actividad económica es más elevada en el área rural que en la urbana. Se observa que la principal actividad es la agricultura seguida del comercio, la industria manufacturera, la construcción y los servicios comunales. En todas las actividades económicas predomina el

sexo masculino y en los servicios comunales el sexo femenino. Las actividades de agricultura y minería predominan en el área rural y el resto de actividades en el área urbana.

De la población trabajadora adulta mayor, el mayor porcentaje se encuentra entre los que trabajan por su cuenta; un 31.92% de adultos mayores son empleados y un importante 3.14% de trabajadores, son no remunerados no incluyendo las amas de casa. Indicando lo anterior, que los trabajadores por su cuenta no están sujetos a sistema previsional alguno y al concluir su edad de trabajo estarán en un importante **riesgo económico social**. Únicamente el 15% de la población adulta mayor guatemalteca está catalogada como jubilada, pensionista o rentista.

Según la encuesta de las necesidades de los ancianos ENA del grupo encuestado, 75% están satisfechos con su vida y el 25% estaban muy insatisfechos. Esa insatisfacción es provocada por problemas económicos en un 43%, por problemas de salud en un 38%, un 6.2% por problemas de vivienda, de tipo social un 3.8%, de alimentación 1.5%, de transporte 0.9% y problemas no específicos 5.6%.

Del total de encuestados el 27% consideran su salud buena o muy buena, el 73% perciben su salud como regular y el 90% tenían una enfermedad en el momento de la entrevista.

Esta incongruencia entre la satisfacción por la vida y los problemas de salud, indica que aunque las patologías múltiples de los ancianos son importantes en su bienestar, no impiden tener una vida satisfactoria y funcional.

Entre los problemas de salud, el 25% de personas mayores presentan dificultades en las extremidades inferiores dificultando su deambulación normal al igual que en las extremidades superiores. Un 11% de las personas con alguna amputación y sólo el 47% ha recibido tratamiento, rehabilitación o alguna terapia específica. Un 33% con problemas de visión y menos del 20% han visitado algún oculista en los últimos 6

meses. De este grupo el 75% con problemas de visión tienen dificultades en sus actividades cotidianas por esta causa. Cerca del 10% consideran su audición mala o muy mala. De la salud oral el 33% tienen problemas de masticación y el 98% ausencia de piezas dentales.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEL ADULTO MAYOR EN GUATEMALA

No existen registros adecuados al respecto. En 1997 se inicia el sistema de información gerencial de salud SIGSA, de donde se obtiene que las enfermedades crónicas y degenerativas son los principales padecimientos de los adultos mayores y las infecciosas y parasitarias continúan siendo las principales causas de morbi-mortalidad; esto refleja que las condiciones socio-económicas en las que viven los adultos mayores guatemaltecos, influye en los patrones de morbilidad. (7)

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

Según datos del ENA una quinta parte de los encuestados tienen servicio de alguna institución; 93% del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, el resto de instituciones privadas. De cada 8 ancianos uno indicó tener problemas de costos, de **atención inoportuna, maltrato, inaccesibilidad**, para recibir atención médica.

En 1996 en el Hospital General San Juan de Dios egresaron 2,893 personas mayores de 60 años quienes superaron el promedio de estancia que es de 2.4 días a 13.14 días, deduciéndose que utilizan más días para su recuperación.

ATENCIÓN DURANTE LA ENFERMEDAD

En esta situación la atención en el área urbana se da en una 90%, siendo las hijas la principal fuente de apoyo para el anciano en relación a otros familiares. Más del 50% visitan médico particular, 37% no buscan ninguna asistencia, aduciendo problemas de **costo alto, atención inoportuna, poca accesibilidad** de los servicios. Además el 20% practica automedicación.

VIVIENDA Y TRANSPORTE

Según la ENA un pequeño porcentaje de adultos mayores es propietario de sus viviendas que habitan; 16% viven gratuitamente con familiares, el 8% viven en casa propia del cónyuge. Respecto a las condiciones y calidad de la vivienda el 75% de los encuestados poseían agua potable, electricidad, inodoro, cocina y radio. El 40% reportó tener regadera o tina, televisión, refrigeradora y/o teléfono. Haciendo la salvedad que la encuesta fue realizada en área urbana bajo parámetros tradicionales, sin tomar en cuenta la función del adulto mayor tales como la presencia de barreras arquitectónicas, iluminación y ventilación adecuadas, ayudas en sanitarios y pasillos, etc.

Respecto al transporte, el 27% manifestó tener problemas con el mismo, aduciendo **el costo, ausencia de servicios**, problemas físicos o recorridos inadecuados, así como discriminación y **maltrato o abuso** de parte de los pilotos o pasajeros.

CENTROS DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR

La atención de los ancianos desde la época colonial ha sido brindada en su mayoría por instituciones de tipo religioso bajo una perspectiva caritativa-asistencial. En el año 1939 el Estado forma el hogar Fray Rodrigo de la Cruz como el primer centro público, con dedicación exclusiva a la atención de los ancianos. Actualmente funciona en Antigua Guatemala.

A mediados de este siglo se funda el hogar San Vicente de Paúl, auspiciado por señoras benefactoras.

La Asociación Gerontológica se funda en 1956, con la misión de procurar el bienestar de las personas de edad avanzada en los aspectos físico, mental, espiritual y social. En 1985, se funda el Comité Nacional de Protección a la Vejez por acuerdo gubernativo 68-85, del 16 de agosto de ese año, con el compromiso de difundir la información para la promoción de un envejecimiento saludable; la elaboración de la Ley de la Ancianidad que recientemente fue aprobada, actividades educativas, cursos, seminarios y en octubre sentaron las bases para la elaboración de un Plan Nacional de Atención al Anciano.

Además se crean los programas de invalidez, vejez y sobrevivencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con la finalidad de brindar prestación económica al jubilado. Luego se crea el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados CAMIP-IGSS, que actualmente presta servicios y atención médica, visita domiciliaria y centro de día.

HOGARES

Otro grupo de centros de atención al anciano son los hogares de los que se puede mencionar:

Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl, Hogar Fray Rodrigo de la Cruz, Hogar Santa Lucía, Instituto de Prevención Militar.

De los ubicados en la capital están: Hogar de Ancianos Monte María, Hogar El Solar, Hogar Las Margaritas, Hogar Casa de Reposo Juan Pablo II, Casa Hercilia, Hogar El Cenit, Hogar de Ancianos La Asunción, Hogar de Ancianos Emanuel, Hogar de Ancianos Psicomédica Limitada, Hogar de Ancianos de San Cristóbal, Hogar de Ancianos Peña Flor, Hogar Santa Catalina, Hogar de Ancianas Hermanas de la Asunción, Centro de Esperanza, Hogar de las Misiones de la Caridad.

Los hogares que funcionan en el área departamental son:

Hogar de mi Hermano, Asilos de Ancianos el Oasis del Edén, Obras Sociales del Hermano Pedro, Hogar Fray Rodrigo, Asilo de Ancianos la Voz del Próximo, Centro de Ancianos San José, Casa de Jesús de la Buena Esperanza, Hogar de Ancianos Santa Lucía de Marillac, Hogar de Ancianos Joaquín Mendizábal, Hogar de Ancianos San Juan Bautista, Hogar Mi Paraíso.

Entre todos los hogares cuentan con 1188 camas de internamiento de larga estancia en todo el país, de las cuales el 17% se ofrece para hombres y el 38% para mujeres, el 45% restante es mixta.

ASOCIACIONES

Existen 24 asociaciones de las que se puede mencionar: Asociación Luisa de Marilla, Secretaría de Asuntos Sociales de la Esposa del Presidente SOSEP, Comité Nacional de Protección a la Vejez, Asociación

Guatemalteca de Geriatría, Plan de Pensiones de la Organización Paiz, Fraternidad Militar (femenina y masculina), Red Nacional de Adultos Mayores y otras.

APOYO POLÍTICO JURÍDICO

Existen instituciones como el Comité Nacional de Protección a la Vejez, (CONAPROV), legalmente constituido como órgano asesor de Consejo Nacional para la Protección de las Personas de la Tercera Edad, según el acuerdo gubernativo 68-85. El Programa Nacional de la Ancianidad, el Centro Gerontológico; los cuales están adscritos a la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP) conjuntamente con el Programa de Prevención y Erradicación de la Violencia Intra Familiar (PROPEVI), los cuales tienen el impulso especial por el Año Internacional de la Tercera Edad en el año 1999.

LA PROCURADURÍA DE LA ANCIANIDAD, es el organismo rector encargado de velar porque se cumplan las leyes de protección a las personas de la tercera edad.

LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS cuenta con una oficina para la tercera edad y discapacitados, recibiendo las denuncias, investigando los casos y supervisando entidades encargadas de dar servicios.

EN EL MARCO POLÍTICO INTERNACIONAL se establece a partir de la conferencia de **Alma Ata** en 1978 con 134 gobiernos participantes, la base de las estrategias de salud para todos en el año 2000 con la cooperación de la Organización Mundial de la Salud con programas para la población anciana.

LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD en 1979 aprueba el programa mundial para la asistencia sanitaria y el estado de salud de las personas de edad.

LA ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, celebrada en Viena en 1982 por la Organización de las Naciones Unidas, recomendó satisfacer las necesidades de la vejez como: la salud, nutrición, vivienda, medio ambiente y educación, mediante los principios de bienestar, evitar la discriminación, lograr la colaboración de ancianos, familia, jóvenes, adultos y gobiernos; fomentando la solidaridad entre generaciones, organizaciones públicas y privadas.

El 16 de diciembre de 1991, la **Asamblea General de las Naciones Unidas** adoptó la resolución 46/91 que exhorta a los gobiernos a incorporar en sus programas los principios de:

INDEPENDENCIA: por la necesidad de acceso a servicios básicos, como un ingreso adecuado, apoyo de la familia y la comunidad; además de la oportunidad de trabajar y decidir hasta cuando estarán en entornos seguros.

PARTICIPACIÓN: mediante la cual las personas adultas mayores deben permanecer integradas en la sociedad, puedan compartir sus conocimientos con generaciones jóvenes, prestar servicio a la comunidad de acuerdo a sus intereses y sus capacidades, como la formación de asociaciones o movimientos.

CUIDADOS: que les permitan disfrutar de la protección de su familia y de la comunidad, el acceso a servicios de atención en salud, servicios sociales, jurídicos, además de disfrutar de sus derechos y libertades fundamentales cuando residen en hogares o instituciones.

AUTORREALIZACIÓN: para obtener el pleno desarrollo de sus potenciales, así como acceso de recursos educativos, culturales espirituales y recreativos.

DIGNIDAD: permitirá al adulto mayor vivir con seguridad libre de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales, así como darle un trato digno independientemente de la edad, sexo, raza, procedencia u otras condiciones.

En su resolución 47/5, del 16 de octubre de 1992, la Asamblea General de las Naciones Unidas decidió designar el año 1999 como **Año Internacional de las Personas de Edad**.

En octubre de 1992 en Cartagena de Indias se reunieron representantes gubernamentales de varios países incluyendo Guatemala, para definir acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas mayores.

En el marco político nacional: se establecen programas hacia los grupos por siempre postergados, fortaleciendo los servicios del Ministerio de Salud Pública, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y ONG'S. Sin embargo, se prioriza al grupo materno-infantil no así al adulto mayor.

En el marco jurídico nacional: en Guatemala la Asamblea Nacional Constituyente, el 12 de mayo de 1985 decreta el artículo sobre la protección de la vejez que dice:

- ARTICULO 51: “El estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad y previsión social”.
- ARTICULO 102: En su inciso R protege el derecho a la jubilación.

El 10 de febrero de 1997 se aprobó la Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, mediante el Decreto 80-96 del Congreso de la República, con la finalidad de que el estado garantice y promueva el derecho de los ancianos a un nivel de vida adecuado en condiciones que le ofrezcan educación, alimentación, vivienda, vestuario, asistencia médica geriátrica y gerontológica integral, recreación y esparcimiento así como los servicios sociales necesarios para una vida útil y digna. (21-22)

En dicha ley se especifica que toda persona de la tercera edad tiene derecho a la participación en el proceso de desarrollo del país y gozar de sus beneficios, además de que se declara de interés nacional el apoyo y protección de los adultos mayores.

En el Capítulo III, se consigna la responsabilidad de la familia para el cuidado del anciano y se sientan las bases para la **prevención y sanción del maltrato**, designando al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a coordinar acciones con otros organismos que tiendan a proteger, educar nutricionalmente, en salud bucal y mental y a investigar su realidad. Además, promover vivienda digna y adecuada.

En el Capítulo IV, se consigna que toda persona de la tercera edad tiene derecho a tener un ingreso económico seguro, mediante el acceso sin discriminación al trabajo, favoreciendo la capacitación para una segunda ocupación.

Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se le indica ampliar la cobertura de atención de pensionados a todo el territorio nacional y ampliarla a particulares en el régimen de invalidez, vejez y sobrevivencia. A las municipalidades eliminar barreras arquitectónicas y a los prestadores de servicios

públicos y privados efectuar descuentos o exoneraciones de acuerdo a la realidad socioeconómica del adulto mayor.

HISTORIA DEL MALTRATO

La existencia del maltrato ha sido un hecho que ha existido desde tiempos muy remotos, desde culturas primitivas en África, Asia y América como civilizaciones del lejano y cercano oriente, civilizaciones europeas y americanas.

CULTURAS PRIMITIVAS:

ÁFRICA:

Los Thoncas, bantúes del África del sur despreciaban a los ancianos y cuando se desplazaban los abandonaban.

Los Hopis, tribu de la misma localidad, cuando los ancianos se volvían inútiles, los dejaban en chozas alejadas de la aldea para que se murieran.

Los Fangs de Gabón, África Ecuatorial, seminómadas, marginaban, despreciaban y abandonaban a los ancianos. Sus herederos los matan y a veces los ancianos se inmolan, haciéndose quemar vivos.

Los Hotentotes de África Central, que son seminómadas, respetan a los ancianos mientras no son un estorbo y pueden ayudar en algunas labores, pero cuando llegan a una edad avanzada y ya no son útiles, los abandonan en sus chozas sin atenderlos, hasta que mueran de hambre.

Los Zandas de África Sudanés respetan a los ancianos que se vuelven hechiceros poderosos, más temidos que amados, quienes dirigen la comunidad.

Los Ileles, naturales del Congo, respetan a los ancianos si tienen poderes religiosos. Los jóvenes les envidian sus mujeres, y desean la muerte del anciano para heredar sus viudas.

AMÉRICA:

Los Comanches, y en general las tribus de las llanuras de Norteamérica, sufrían al incapacitarse para pelear por su edad avanzada.

Los indios del Gran Chaco en Sudamérica consideran sagrados a los ancianos, aunque cuando llegan a la decrepitud, les dan muerte de un flechazo y queman después su cadáveres.

ASIA:

Los Yacutas de Siberia, maltratan a los ancianos, como venganza del maltrato que en su niñez y su juventud recibieron.

Los Ainus del Japón, cuando los ancianos se hacen seniles y decrepitos, los abandonan a su suerte, que no es otra que morir.

Los Koryakes de Siberia, matan a sus ancianos inútiles y decrepitos en forma ceremonial a lanzazos o cuchilladas. (11-12)

CIVILIZACIONES:

CIVILIZACIONES DEL LEJANO ORIENTE:

CHINA:

Cultura estática y patriarcal durante mucho tiempo, en la que los ancianos eran poco numerosos lo que les daba privilegios con algunas excepciones.

CIVILIZACIONES DEL CERCANO ORIENTE:

EGIPTO Y ASIA MENOR:

En Egipto la más antigua de las civilizaciones, la vejez como antesala de la muerte era temida, según el viejo texto de PTHA HO TEP, filósofo; en el año 700 antes de Cristo describe con pánico a los achaques de la edad avanzada, calificando a la vejez como la peor de las desgracias que puede afligir al hombre.

Asimismo, las civilizaciones del Oriente Medio o Cercano, Babilonia, Siria y Persia, compartían la misma creencia.

CIVILIZACIONES EUROPEAS:

GRECIA:

La Grecia Antigua, como oligarquía, tiranía o democracia, cuenta en el gobierno con un consejo que da poder a los ancianos. Sin embargo se observa una animadversión hacia la vejez por algunos grandes literarios de la época; como Esquilo en “Amagenón”, Sófocles en “Edipo en Coloma” y Eurípides en “Alceste” y otras de sus obras. Platón partidario de una gerontocracia en la República mientras que Aristóteles en su “Política” descarta el poder a los ancianos, considerándolos perjudiciales para el interés público

ROMA:

Durante la República el pater familia con su poder ilimitado domina la escena histórica. Con la muerte de la República decae el poder de los ancianos, que son definidos por Cicerón en su tratado sobre “De Senectute”, escrito para mantener la autoridad del senado.

LOS BARBAROS Y LA EDAD MEDIA:

A la caída del Imperio Romano (473 años después de Cristo), los bárbaros germánicos trajeron al territorio conquistado su mitología cargada de héroes juveniles, que despreciaban a la vejez.

Los galos según Julio César, mataban a los ancianos que deseaban morir, estos invasores del imperio se encontraron con el cristianismo y como resultado de una confrontación en que el poder político guerrero fue compartido, la vejez vivió una época de dualidad crítica entre el desprecio y la caridad por invalidez.

En los siglos XIV y XV el advenimiento de la burguesía hizo que los viejos volvieran a ser poderosos y por lo mismo, principiaron a ser atacados por literatos como Chaucer en Inglaterra y Boccaccio en Italia, haciendo ridícula su posición. Además la presencia de pestes y guerras con la cauda de muertes propiciaron temor y burlas hacia la vejez.

En el siglo XVI, el renacimiento después de la caída de Bizancio en 1431, prolonga las tradiciones del final de la edad media.

Aparecen en la literatura viejas odiosas como la “Celestina” de Rojas, ancianos avaros y lujuriosos que seguirán ocupando la mente de los literatos en siglos siguientes hasta la revolución industrial. Estos ancianos escarnecidos son burgueses ricos, por lo que cada vez es más evidente que es el poder económico detentado por los ancianos lo que irrita a intelectuales jóvenes, no obstante los ancianos eran pocos. Hasta el siglo XVII la mayoría moría antes de los 50 años, por lo que ser anciano era un extraño privilegio de algunos pudientes. Durante este siglo la literatura sigue ensañándose con ellos. Al principio del siglo XVII, en 1603, Isabel de Inglaterra crea la ley de los pobres, responsabilizando al Estado de los ancianos indigentes, y en el siglo XVII el aumento de la población en toda Europa, unido al robustecimiento de la burguesía, favorece las leyes de beneficencia, palabra inventada en Francia para sustituir la idea religiosa de caridad “amor al

prójimo”, por una idea laica bene-facere, siendo motivo de preocupación especial, la protección para las personas de la tercera edad y las madres indigentes.

La literatura también cambia de tono, dando la tónica el teatro italiano de Goldoni que involucra hasta lograr una imagen estimable y respetada de la vejez. (11 y 12)

CIVILIZACIONES AMERICANAS

En América la vejez fue estimada y respetada, desde la civilización Maya, sus filiales mesoamericanas o Incas, y continuó después de la conquista por las ideas cristianas de estos y judeo cristianas de respeto hacia la vejez, las que armonizaron con las de los indígenas, las que aún se conservan.

ANTECEDENTES DEL MALTRATO EN GUATEMALA

Guatemala al igual que todos los países del mundo, ha sufrido a través de los años el aumento de la violencia. Según diversos estudios al finalizar el conflicto armado interno se aunaron esfuerzos para promover una cultura de paz, sin embargo, los esfuerzos han sido insuficientes. La prolongada guerra promovió una cultura de violencia que causó que cerca del 80% de la población esté bajo el continuo estrés de vivir en condiciones de extrema pobreza con alarmantes índices de desintegración familiar, con la consiguiente pérdida de valores y deshumanización social. (27-28)

Las manifestaciones de violencia se han convertido en una verdadera epidemia social que se agrava y ocasiona problemas devastadores en salud pública. (28)

Actualmente se sabe que las manifestaciones de violencia afectan principalmente a los grupos vulnerables, siendo el número de personas implicadas enorme. La vejez no sólo no se escapa de la violencia, sino que es una víctima fácil y frecuente. (23)

Los factores culturales, económicos y el temor a las represalias contribuyen a impedir que los ancianos denuncien los hechos violentos de cualquier tipo, a lo que se añade que tanto el sistema legal como el sistema policial no proporcionan el marco de seguridad y se convierte en un proceso dificultoso.

En Guatemala, existen programas estatales y de ONG'S de atención para adultos mayores, sin embargo, no existen datos concretos del maltrato ya que este se canaliza dentro de la violencia intrafamiliar, quedando en muchos casos como denuncias olvidadas. Además de que el propio adulto mayor no conoce las instituciones que lo pudieran apoyar en determinado momento

ABUSO Y VICTIMIZACION DEL ADULTO MAYOR

ASPECTOS GENERALES

El abuso del anciano es una conducta destructiva que ocurre en el contexto de una relación que generalmente reviste suficiente intensidad, frecuencia y confianza, como para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y económico de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida, violación de los derechos humanos, o todos ellos, así como el deterioro de la calidad de vida en las personas mayores.

Se incluye actos de comisión (**abuso**) y omisión (**negligencia**) de índole intencional o bien involuntarios. Estos actos pueden ocurrir en cualquier situación y ser cometidos por cualquier persona; son más frecuentes en el hogar con las personas de confianza o familiares que sostienen relación significativa con la víctima, o en las instituciones para ancianos.

Enfermeras en su práctica, han notado que algunos ancianos no reciben un trato satisfactorio en sus hogares por parte de miembros de su propia familia. Encontrando descuido en suprimirles la comida y los líquidos necesarios, y en la administración de los tratamientos médicos esenciales; se les deja solos por largos periodos sin facilidades para satisfacer sus necesidades fisiológicas, ni medios para pedir ayuda.

Ocasionalmente encontraron que su entorno inmediato estaba tan descuidado, que ratones y cucarachas rondaban cerca de sus camas. También observaron extraños moretones que la familia atribuía a caídas. (3)

Ferguson y Beck consideran que el abuso contra el anciano es similar al del niño, quien está expuesto a esta situación podría presentar repetidas e inexplicables heridas, evidencia de un pobre cuidado, marcada pasividad y ocultamiento, contracciones musculares causadas por inmovilización, manifestación de temor ante preguntas directas sobre su caso, declaraciones contradictorias, incapacidad para explicar el origen de

una herida o atribuirla a un tercer factor. Además reacción desmedida ante un determinado problema y negación para diagnósticos profundos.

Requiere especial atención el anciano que muestra temor ante quien o quienes le cuidan; falta de atención de lesiones o dolores, desnutrición y atribución de heridas a causas improbables.

También es conveniente observar con cuidado la forma cómo se le trata, maneja o traslada por parte de quienes le ayudan, y en general, los mensajes no verbales que se entrecruzan con él.

Al igual que con el niño, es difícil identificar a la persona que maltrata o abusa del senescente, ya que éste, y especialmente en situaciones de gran fragilidad y dependencia, teme las represalias o el abandono.

Algunos autores agrupan el abuso con el anciano en cuatro campos: estado de salud, actitudes de la familia sobre la vejez, vivienda y finanzas. Cualquiera de ellas puede dar lugar a que se cometa abuso, e inclusive, victimización de diferente tipo.

Existen varias clasificaciones y definiciones al referirse a los términos a utilizar. Una de las posturas es referir al abuso como hecho genérico y el resto de los términos para puntualizar el tipo de daño. Pero para concretizar el problema se habla de “**cuidado inadecuado de los ancianos**” propuesto por Fulmer y O’Malley, o “**maltrato del anciano**”. (25)

DEFINICIÓN

El maltrato se ha definido como toda acción intencional o involuntaria de abuso o daño físico, negligencia, agresión verbal, crónica y la victimización, de acciones de comisión y omisión, de parte de la familia o encargados. (4)

Implica peligro o amenaza para la salud y bienestar físico, emocional, y social del adulto mayor que lo priva de su libertad y derechos como individuo. (41)

Según el grado de intensidad en el cual se manifiesta el maltrato o abuso, pueden ser actos espontáneos (inocentes) o bien de tipo extremos (abandono o amenaza de muerte), hasta llegar al abuso sistemático y premeditado. Se da por la relación básica que existe entre dos o más personas participantes con antecedentes de violencia intrafamiliar. Se reconoce que a mayor dependencia de la víctima, mayor carga de comportamiento negativo. Con sentimientos ambivalentes de amor-odio. Además cuando el cuidador siente una carga, agobio o colapso por problemas de índole económico-social o bien de origen psicológico-afectivo de alguna manera son el preámbulo de maltrato o abuso.

Es importante la relación entre la víctima y el cuidador (familia, especialmente hijos y parientes muy allegados a la víctima) antes del deterioro funcional o enfermedad, pues de ello depende la calidad del cuidado y posible victimización. Puede darse un problema de dinámica conyugal en la pareja de ancianos que lleva, una carga negativa en el momento que uno de los dos se encuentre en una situación más vulnerable de ser presa del abuso, o bien como suele pasar con la mujer, la sumisión ante la agresión del compañero que perpetúa al paso de los años.

EPIDEMIOLOGIA

Anualmente se maltrata de uno a dos millones de estadounidenses ancianos. Sólo existe un estudio basado en la población, en la que se encontró una prevalencia de 32/1000 personas de este grupo de edad.

En Guatemala no existen datos concretos, sin embargo, se reportan en el último semestre 94 denuncias por maltrato de diferente índole según la Defensoría de la Tercera Edad. Y alrededor de 49 casos de denuncias por maltrato en la Procuraduría General de la Nación.

En la Oficina de los Derechos Humanos del Arzobispado ODHA, se canaliza dentro de la violencia intrafamiliar y aunque si existen denuncias no hay datos específicos.

La Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente SOSEP en su programa de prevención y erradicación de la violencia intrafamiliar, no cuenta con datos específicos de la tercera edad, aunque existen denuncias.

De los 94 casos reportados en la Defensoría de la Tercera Edad de la Procuraduría de los Derechos Humanos, 55 casos son mujeres y 39 son hombres, predominando el maltrato físico con 45 casos, 19 casos de maltrato institucional, 8 casos de maltrato económico, 7 casos de abandono, 6 casos de despojo, 4 casos con problemas de inmuebles, 3 casos por maltrato psicológico y 2 casos por alimentos.

FACTORES DE RIESGO

El origen del abuso y negligencia se debe a diferentes problemas como la psicopatología, estrés, violencia trasgeneracional y dependencia.

PSICOPATOLOGÍA

Algunos cuidadores pueden presentar problemas de origen psiquiátrico (esquizofrenia, psicosis, síndrome depresivo, fármaco dependencia). Algunos hijos con estos antecedentes en fases posteriores de la vida regresan a cuidar a sus padres o a permanecer con ellos; este solo hecho puede generar violencia intrafamiliar por falta de adaptación a su hogar paterno, generando una dinámica familiar negativa y por supuesto abuso y violencia.

El abuso físico y la explotación económica suelen deberse a la psicopatología del perpetrador y tiene poca relación con las características de la persona anciana. Es probable además, que el perpetrador familiar o no familiar abuse del alcohol o drogas, sean enfermos mentales, dependientes económicamente del adulto mayor. (15-39-41)

ESTRÉS

Los factores tensionales pueden estar condicionales por presiones de tipo económico, muerte de un familiar, enfermedades o incapacidades del anciano y del cuidador. Así como el mismo hecho de cuidar a un anciano, desencadena sentimientos ambivalentes, frustración y enojo que favorece la violencia principalmente intrafamiliar como medio de expresión a tal sentimiento.

El deterioro cognoscitivo de la víctima demanda de las personas encargadas entrega no sólo física, sino psicoafectiva, terminando por agobiar al conviviente o cuidador del anciano, desencadenando violencia y abuso, además de soportar la carga de su propia vivencia. (15)

La serie de cambios determinados por la edad conducen a un intercambio de roles en la familia, ubicando a los hijos prácticamente como padres de sus padres. Este proceso de adaptación no es fácil para el adulto mayor quien por la disminución de sus capacidades le cambia su relación con su entorno social, económico y demográfico. Tampoco es fácil para los hijos o encargados, sin embargo nada justifica cualquier relación patológica de abuso y violencia. (15-39-41)

VIOLENCIA TRASGENERACIONAL

La violencia es una respuesta aprendida a experiencias difíciles y una forma de expresar la ira y la frustración. Es relativamente frecuente descubrir la cadena de actos de violencia a través del círculo vital de la familia que se traduce en fracasos del orden social, con alcoholismo y fármaco dependencia, y cuidado deficiente y agresión contra el anciano. (15)

Este ciclo de violencia generalmente se repite, si el hijo, o cónyuge fueron maltratados, estos adoptan una posición de poder ante el anciano haciéndolo víctima.

DEPENDENCIA

Si la familia depende de que los miembros viejos den el aspecto material, esfera psicoafectiva o para cubrir cualquier otra necesidad, este hecho puede crear resentimiento, lo que predispone al cuidador a comportamiento de abuso en algunos casos, estableciéndose una relación indirecta dependencia-abuso; a mayor dependencia del enfermo o víctima o anciano sano del cuidador, mayor es el riesgo de abuso o maltrato, provocando una interdependencia. (15)

El adulto mayor generalmente no tiene un ingreso digno que le permita sufragar los gastos de sus necesidades básicas; lo que lo obliga a convivir con algún familiar, siendo utilizado para labores domésticas, o cuidado de nietos aunque no esté en capacidad para realizarse óptimamente.

Los factores anteriores no son de naturaleza exclusivamente individual, familiar o social, ya que generalmente se presenta en la agresión al adulto mayor dos o más aspectos que generan violencia.

INDICADORES DE MALTRATO

El abuso y negligencia sobre una persona de edad avanzada lo constituye el maltrato físico, maltrato psicológico y social, abuso sexual, explotación económica, negligencia del cuidador.

MALTRATO FISICO

El abuso físico es cuando se causan lesiones corporales, las que pueden ser fácilmente detectadas o bien por una exploración cautelosa o minuciosa.

Se puede manifestar por desgarres, fracturas, traumatismo de tejidos blandos, quemaduras o constituciones entre otros. Generalmente, son lesiones múltiples con características y localización poco habitual, no esperadas para la edad del adulto, no correspondiendo en la mayoría de las veces a las explicaciones que dan del hecho.

En el maltrato crónico pueden coexistir cicatrices, deformidades óseas o secuelas neurológicas de diverso grado e incluso la muerte. Además se puede sospechar el abuso si hay recurring de las mismas lesiones o síntomas.

CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO FÍSICO

- Equimosis en diferentes grados de evolución.
- Lesiones o ruptura de órganos internos, cuero cabelludo, cara.
- Quemaduras inexplicables tanto en forma como localización.
- Laceraciones o abrasiones.
- Fracturas o dislocaciones.
- Lesiones cardinales, como en brazos (indicio de agitación y es bilateral), en tronco en forma de racimo (indica repetición).
- Lesiones en forma de objetos, viejas y nuevas, alrededor de tobillos o muñecas (signo de atadura), en la parte interna de muslos o brazos.
- Intoxicaciones sin causa demostrable. (3-5)

Es necesario considerar el abuso físico cuando se investiga la causa subyacente de cualquier lesión. Con frecuencia la identificación de abuso físico se complica por los cambios normales de la edad que pueden simular traumatismos. En la púrpura senil, incluso el manejo suave de la piel de una persona de edad avanzada puede causar contusiones por fragilidad capilar. Sin embargo, es más probable que las contusiones en ambos brazos resulten de un manejo forzado, retener, asir o sacudir con fuerza a una persona.

Las fracturas, luxaciones y torceduras deben averiguarse dentro del contexto de otros, signos y síntomas de sospecha de abuso por su características individuales. Las lesiones por impresión (contusiones que conservan la forma del objeto, como la hebilla de un cinturón, la mano o una plancha) son indicadores firmes de abuso. Una persona restringida físicamente puede tener quemadura por la soga o marcas en los tobillos o las muñecas. Las quemaduras en un sitio poco común, como las lesiones por cigarrillo en la

espalda, son muy importantes. La ausencia de pelo en placas, al contrario, del patrón temporal típico de calvicie en varones en envejecimiento, puede deberse a tiramiento energético del pelo. (3-5-15-39-41)

MALTRATO PSICOLÓGICO

El abuso psicológico o emocional se manifiesta de diferentes formas de trato que van desde el abuso verbal, amenazas, insultos, actitud impositiva, permanecer en silencio, ignorar a la persona, rechazo, críticas, regaños, causando angustia mental, depresión, hábitos inadecuados como: tics, tartamudeo, trastornos del sueño, adultos poco comunicativos, tendencia autodestructiva o suicida.

También el infantilizar el trato hacia el anciano, que es una forma de aversión hacia el anciano o el envejecimiento (viejito), y adoptar una actitud paternalista provoca una situación de dependencia o papel pasivo.

La actitud del anciano abusado psicológicamente, además se torna con cambios como:

- Autoestima baja.
- Conducta ansiosa.
- Actitud aislada.
- Cambios extremos de humor.
- Confusión o desorientación.
- Miedos (al compañero o cuidador).
- Tendencias suicidas.

MALTRATO SOCIAL

En la sociedad esto se ejemplifica con la negación a su rol social, no ceder el paso, empujar al anciano, genera inseguridad; asaltos, burlas, ignorar su presencia, utilizar en actividades degradantes no remuneradas o riesgosas impaciencia y segregación, entre otros. Simplemente se les hace sentir y creer que no son parte de la sociedad y se abusa de su vulnerabilidad de anciano.

MALTRATO POR ABUSO SEXUAL

Es cualquier forma de actitud sexual íntima sin consentimiento. Se refiere a cualquier forma de intimidad sexual por la fuerza o bien bajo amenaza. En las demencias la expresión desinhibida de la sexualidad, además de confundir el cónyuge con un hijo o visitante. Confundiendo la necesidad de confort, calidez, ternura, seguridad con expresiones de significado sexual, las cuales son aprovechadas por el agresor.

El abuso sexual puede manifestarse como:

- Dolor o picazón de genitales.
- Infecciones urinarias recurrentes o crónicas con dificultad o dolor para orinar.
- Dificultad para caminar o sentarse.
- Ropa interior o exterior destruida, sucia o manchada de sangre.
- Manifestaciones de enfermedad de transmisión sexual.
- Heridas, hemorragias y trauma de órganos genitales externos o internos, muslos, periné y glúteos, cara, cuello, glándulas mamarias.
- Esfínter anal dilatado o fisuras anales.
- Cuerpos extraños en vagina o recto.
- Semen en órganos genitales.

El adulto mayor que es abusado sexualmente, tiende a sentirse culpable, teme ser rechazado por su situación o teme represalias si lo denuncia. En ocasiones el asalto sexual es tan brutal que su desenlace es fatal, por resistencia de la víctima o bien por no soportar físicamente la agresión. (1-2-3)

MALTRATO POR NEGLIGENCIA O DESCUIDO

Es el descuido malicioso de la satisfacción de las necesidades básicas del anciano por la persona que lo cuida, con quienes convive, causado por represalias o rencores familiares, falta de interés o incentivos económicos o por falta de amor. Este tipo de abusos se caracteriza por:

- Nutrición inadecuada (desnutrición)
- Deshidratación
- Uso erróneo de medicamentos, como sedación excesiva con tranquilizantes
- Mala higiene
- Úlceras por presión
- Contracturas
- Excoriaciones por orina
- Problemas médicos no tratados o mal tratados

Dentro del maltrato por negligencia se incluye la deficiencia o ausencia de vigilancia ante riesgos inminentes que dan lugar a que ocurran accidentes como: caídas, quemaduras, intoxicaciones, mordeduras de animales, accidentes de tránsito y extravíos en la vía pública. (3-5)

La falta de atención y satisfacción a las necesidades básicas como: comida, vestido, albergue, atención médica y odontológica, higiene, educación y recreación, aunque se cuente con los recursos para hacerlo, produce un deterioro gradual de la calidad de vida del anciano.

Como caso extremo se encuentran los adultos mayores abandonados en la calle, o aun en sus propios hogares. (1)

MALTRATO POR ABUSO Y EXPLOTACIÓN ECONOMICA

Se define como el uso inadecuado de los fondos o propiedades de una persona de edad avanzada sin su conocimiento o consentimiento explícito. Puede llevarse a cabo en muchas formas, como retiro de dinero de cuentas bancarias o cargos excesivos por compra de alimentos o aseo de la casa por personas que proporcionan estos servicios.

Además es frecuente el despojo, robo de dinero, utilización ilegal de pensiones. No se utiliza el dinero del anciano para sufragar gastos del cuidado personal, se les declara incompetentes y se toma el control económico.

Se descuida su salud, y se presiona prematuramente para distribuir o heredar los bienes en vida. O bien se da el abuso por el simple hecho de descuidar de las pensiones y asuntos económicos de las personas de edad avanzada, cayendo en mora en pagos varios.

Se sospecha de explotación económica cuando la persona cognoscitivamente intacta no conoce su situación económica o hay una discrepancia aparente entre los recursos financieros y el estilo de vida. Es importante reconocer que las preferencias del estilo de vida y el ingreso no sean congruentes.

MALTRATO INSTITUCIONAL

Puede ocurrir en hospitales, asilos o instalaciones de hospedaje y cuidado, entre otras. El perpetrador puede ser un miembro del personal que abusa en forma física o sexual de un paciente o un medio institucional que no fomenta el suministro apropiado de cuidados. Por ejemplo, se restringe físicamente al paciente en lugar de que camine, por falta de personal que le atienda y ello conduzca en consecuencia a los problemas relacionados con la inmovilidad, como contracturas y úlceras por presión.

Las caídas en ancianos internados son causadas por mobiliario inseguro, actividades sin supervisión, pisos resbalosos.

Los factores ambientales aumentan la susceptibilidad a las caídas y otros accidentes. Muchas de estas caídas pueden prevenirse si se valora con cuidado al paciente y su ambiente. (25)

Los accidentes son la quinta causa de muerte en personas mayores en Estados Unidos, y las caídas representan las dos terceras partes de estas muertes accidentales.

Incluso, cuando la caída no ocasiona una lesión grave, puede producir una discapacidad limitada de movimiento, que sea impuesta por la misma persona o por quienes la atienden.

YATROGENIA

En el paciente geriátrico es primordial distinguir entre el envejecimiento normal y los cambios patológicos para el cuidado de las personas de edad avanzada. Para evitar que se consideren las entidades patológicas como un acompañante de la vejez, así como tratar los procesos naturales de envejecimiento como si fueran enfermedades. Esto último representa un peligro, debido a que el anciano es vulnerable a los efectos yatrógenos y a la variedad de factores adversos que le impone la atención médica moderna.

Por lo general el adulto mayor tiene una ventana más estrecha en sus alternativas terapéuticas que una persona joven. Aunque su menor capacidad para metabolizar y excretar muchos medicamentos, el paciente geriátrico desarrolla concentraciones sanguíneas altas con dosis normales. Los cambios en los receptores pueden alterar la sensibilidad de las sustancias químicas en cualquier dirección.

El uso de numerosos medicamentos convierte a la persona en un equipo viviente de química.

Problemas yatrogénicos frecuentes en el anciano:

- Clasificación impetuosa o precipitada (demencia, incontinencia, hipertensión).
- Falta de diagnóstico.
- Reposo en cama.
- Polifarmacia.
- Dependencia forzada.
- Riesgos ambientales.
- Trauma en el traslado.

Al ingresar un paciente a un hospital se encuentra en malas condiciones generales, por lo que se debe considerarse como de alto riesgo para las complicaciones yatrógenas. (4)

La vulnerabilidad del paciente geriátrico se extiende a un nivel más sutil. El ingreso al hospital significa la entrada a un mundo desconocido, por lo que entra en un momento de tensión.

Además del estrés físico de la enfermedad, existe la ansiedad por las consecuencias desconocidas. El hospital presenta barreras físicas y de organización a las cuales debe adaptarse el paciente, no solo la distribución diferente sino las rutinas, los elementos en los que confía para conservar el sentido de independencia (ropa, artículos personales, etc.), son de los primeros que se retiran del paciente, por lo que muchos pacientes geriátricos capaces de funcionar en su ambiente familiar se desorientan y por consiguiente se alteran. El anciano desarrolla mecanismos adaptivos para funcionar en su hogar y supera problemas de pérdida de memoria y deficiencia visual, de forma que la transferencia a la habitación estéril y rígida del hospital puede descompensar a una persona como esta. El síndrome del “ocaso”, en el que los ancianos del hospital se alteran y desorientan a medida que cae la tarde, es resultado de deficiencias visuales y auditivas, disminución de estímulos sensoriales y la desorientación consecuente.

Por la noche el paciente acostumbrado a la nicturia busca el baño mecánicamente en su hogar y lo encuentra, sin embargo, en el hospital no es capaz de subir escaleras o recorrer espacios largos, por lo que no llega al baño a tiempo. No por esto debe clasificarse al anciano de incontinente.

Los peligros del reposo en cama no se logran apreciar, además del riesgo de caerse de ella, riesgo de trombosis, metabolismo del calcio se altera (agravando al individuo osteoporótico), la función cardiovascular disminuye, hay hipotensión ortostática y falta la reserva del gasto cardíaco al caminar. Se agregan las úlceras por presión, la impactación fecal, atelectasias y neumonías.

El hospital les fomenta la dependencia ya que no realizan ninguna actividad sin supervisión, lo que los va debilitando.

El ambiente hospitalario es totalmente adverso para el adulto mayor, no dando importancia a los problemas perceptivos y funcionales del envejecimiento para hacer algunas modificaciones arquitectónicas a diferencia del cuidado que se pone en reducir el trauma de hospitalización para los niños; creando un ambiente similar al doméstico.

Otro peligro iatrogénico para el paciente es la falta de diagnóstico sobre todo en alteraciones visuales, auditivas y dentales, además de las alteraciones tiroideas o aneurismas aórticos, entre otros, aunque venga de unidades de emergencia o intensivos.

Se da además casos de diagnósticos excesivos siendo más peligrosos que la falta de diagnóstico. El médico que clasifica precozmente a un paciente desorientado como senil o demente o que cataloga un accidente urinario como incontinencia, está etiquetando riesgosamente al anciano, propiciando su ingreso constante a hospitales o asilos.

Con frecuencia el traslado del paciente de un hospital a un asilo complica el trauma. (15)

RESTRICCIONES FÍSICAS, QUÍMICAS Y PSICOLÓGICAS

El uso de restricciones es un atentado contra la dignidad de la persona de edad avanzada, su uso se justifica como medida para proteger al paciente de las autolesiones o que lastime a otras y sobre todo el control de una conducta que se considera inadecuada. No hay datos de que éstas medidas contribuyan a la seguridad de la persona enferma y de hecho causan más problemas.

INTERVENCIÓN Y MANEJO DE CASOS

En 42 estados de Estados Unidos se requiere que los médicos informen la sospecha de maltrato de personas de edad avanzada. Solo es necesario sospecharlo aunque no se apoye plenamente para que se investigue. Los médicos identifican datos físicos y proporcionan un juicio clínico. The Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations requiere que los departamentos de urgencias del hospital entrenen al personal para detectar y manejar el problema. Además deben elaborar protocolos para casos de maltrato que incluya la obtención de pruebas, documentación de exámenes y tratamiento respectivo, así como disponer de un listado de instituciones de apoyo inmediato y a largo plazo.

En Guatemala los profesionales de la salud no están habituados en el cuidado de ancianos mucho menos a los problemas de maltrato o abuso en este grupo de edad, por lo que requieren capacitación y apoyo de otros profesionales relacionados con el fenómeno. Es primordial comprender (evitando emitir juicios o prejuicios), permanecer flexibles, tener respeto hacia la situación social, económica, cultural y personal de cada paciente y de sus cuidadores para la intervención necesaria.

El abordaje debe ser integral y multidisciplinario, para resolver el problema en sus diferentes presentaciones, físicas, psicológicas, sexuales, económicas. En el manejo de los casos deben incluirse a la familia, la víctima y el profesional en sus diferentes ramos.

ACCIONES DE ABORDAJE:

- Protección y cuidados del adulto mayor víctima que incluyen hospitalización si es necesario, cuidados alternativos alejado de la familia si el caso lo amerita, citas de control y seguimiento, protección legal en caso necesario, tratamiento psiquiátrico.
- Tratamiento de las lesiones (física, psicológicas, sexuales o negligencia) documentando las evidencias por medio de fotografías o video, dibujar lesiones y su ubicación, descripción detallada de todos los hallazgos e historia clínica completa.
- Denuncia o notificación obligatoria a las autoridades correspondientes.
- Finalmente, luego de la recuperación con el debido seguimiento, se da la rehabilitación correspondiente.

MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGÍA

- 1. Tipo de estudio:** Descriptivo, transversal
- 2. Sujeto de estudio:** Adultos mayores de 60 años, que asistieron a la consulta externa del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante los meses de noviembre y diciembre del 2000 y enero del 2001.
- 3. Tamaño de la muestra:** se obtuvo en base a fórmula estadística establecida.

Fórmula: $n = \frac{N \times p \times q}{N-1 \times (Le) + p \times q}$

$$N-1 \times (Le) + p \times q$$

4

Donde: N = 66,326 (cobertura total del CAMIP mayores de 60 años)

p = 0.25 (debido a que se encuentra entre 16% y 30%, se tomará 25%)

q = 0.75 (complemento del 25% restante)

Le = 0.05 (límite de error experimental establecido por el investigador según fórmula)

Fórmula aplicada:

$$n = \frac{66,326 \times 0.25 \times 0.75}{66,326 \times 0.05 + 0.25 \times 0.75} = 300$$

$$63,626 \times 0.0000625 + 0.1875$$

4. Selección de la muestra:

De los registros de admisión se seleccionaron aleatoriamente los adultos mayores que entraron al estudio, constituyendo un grupo de 150 hombres y mujeres respectivamente.

5. Criterios de inclusión y exclusión

a. Criterios de inclusión

Adultos mayores de 60 años de ambos sexos que participaron voluntariamente.

b. Criterios de exclusión

Pacientes en edad geriátrica con incapacidad mental o física que les impidió la utilización del instrumento de recolección de datos.

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de la medición	Se preguntó al encuestado, la edad al momento de la entrevista	Númerica	Años
Sexo	Condición orgánica	Según apreciación del	Nominal	Femenino

	que diferencia al hombre de la mujer	encuestador		Masculino
Estado civil	Estado legal que ubica a una persona en su relación de pareja	Según lo que refiere el entrevistado	Nominal	Soltero Casado Otro
Escola-ridad	Conjunto de cursos aprobados en un centro docente	Según grado académico referido por el entrevistado	Ordinal	Primaria Secundaria Diversificado Universidad Otros
Actitud de la víctima	Disposición psíquica específica hacia una experiencia reciente de agresión	Reacción favorable o desfavorable referida por el encuestado ante la agresión	Nominal	Abandono Denuncia Indiferencia Otra
Agresor del adulto mayor	Persona que realiza acto contrario al de la persona	Conviviente cercano referido por el anciano	Nominal	Cónyuge Hijos Otros
Tipo de maltrato	Toda lesión física, psicológica, no accidental, abuso sexual, falta de amor o trato negligente de todo adulto mayor por	Según signos o síntomas referidos por el adulto mayor y observados por el entrevistador respectivamente.	Nominal	Maltrato físico, psicológico, sexual, económico, otros

	acción u omisión, de la persona			
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
	encargada de su cuidado o por cualquier otro adulto			
Maltrato físico	Toda relación de poder que se ejerce con el uso de la fuerza y la violencia con el cuerpo de la víctima por parte del agresor	Toda agresión física sufrida que refiera el anciano	Nominal	Quemaduras, equimosis, hematomas, fracturas, luxación, herida cortante o punzante, otro
Maltrato por abuso sexual	Cuando una persona utiliza su fuerza o poder para obligar a otra persona a sostener cualquier actividad sexual, sin que tenga la oportunidad para negarse a ello	Cuando una persona utiliza su fuerza o poder para obligar a un anciano a participar en cualquier actividad sexual, referida por el adulto mayor	Nominal	Violación, acoso sexual, piropos abusos deshonestos, otro
Maltrato Psicológico	Tratar emocionalmente mal a una persona haciendo cambiar su	Maltrato emocional referido por el adulto mayor	Nominal	Amenazas, agresión verbal, amarre, encierro,

	manera de actuar			burlas, otro
Maltrato económico	Uso inadecuado de los fondos de la persona, sin su consentimiento o conocimiento	Todo abuso económico que refiera el adulto mayor de parte de otras personas o instituciones	Nominal	Despojo de bienes, robo de dinero, malgasto de dinero, otros

7. Procedimiento y recolección de la información

Para la realización del presente estudio de investigación se procedió a pasar un instrumento de recolección de datos (ver anexo), elaborado de acuerdo a las variables a estudiar, el cual consta de tres partes:

Primera parte: abarcó los datos generales del entrevistado que incluyeron sexo, edad, escolaridad, y estado civil.

Segunda parte: evaluó el tipo de maltrato y agresor más frecuente de acuerdo a varios ítems de los que se valoró el maltrato según la escala de respuestas así: al obtener dos casillas contestadas maltrato leve, al obtener cuatro casillas contestadas maltrato moderado, y al obtener más de cuatro casillas maltrato alto.

Tercera parte: evaluó la actitud más frecuentemente adoptada por el entrevistado, que incluye desde abandono del hogar, denuncia al agresor, indiferencia, depresión o defensa entre otras.

8. Ejecución de la investigación

Se llevó a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del año 2000, en las dos jornadas de atención al adulto mayor en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

9. Aspectos éticos de la investigación.

La información recopilada se obtuvo con la participación voluntaria del entrevistado, respetando su integridad física, mental y moral. Los datos obtenidos serán confidenciales, anónimos y con fines exclusivamente científicos.

10. Recursos

1. **Humanos:** personas en edad geriátrica que asisten a la consulta externa del CAMIP, profesionales que colaboraron, médicos, asesor y revisor, psicóloga, personal de instituciones consultadas, estudiante entrevistador.
2. **Físicos:** instalaciones del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
3. **Materiales:** equipo administrativo y de computación,
4. **Bibliográficos:** bibliotecas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del Instituto Nacional de Centro América y Panamá, Centro de Documentación de la Organización Panamericana de la Salud, Internet.
5. Económicos:

- Fotocopias	Q.	350.00
--------------	----	--------

- Internet	Q.	250.00
------------	----	--------

- Textos	Q.	350.00
- Transporte	Q.	350.00
- Impresión de tesis	Q.	2,400.00
- Equipo de oficina	<u>Q.</u>	<u>700.00</u>
TOTAL	Q.	4,400.00

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Síndrome de Maltrato al Anciano realizado con pacientes que asistieron al CAMIP-IGSS durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2000 y Enero del 2001.

CASUÍSTICA.

1. De la población: (muestra de casos negativos)

De los 300 adultos mayores que participaron en el estudio 240 no refirieron maltrato, conformando un 80%, de los que un 67.5% son mujeres y un 32.5% son hombres.

Según grupos etáreos un 55.4% corresponden a las edades de 60-64, un 37.9% a las edades de 65 a 69 y un 6.6% a las edades de 70-74.

En relación al estado civil un 9.58% son solteros, un 24.58% son unidos y un 42% son casados, con un 16.6% de divorciados y 7.0% con otras formas de relación de pareja como el noviazgo.

La escolaridad reportada muestra que un 37.91% no tienen educación formal, un 25.83% con educación primaria, 16.25% con educación media, un 9.58% con diversificado y un escaso 2.5% con grado universitario. Otro 7.92% han sacado cursos varios.

2. De la población (muestra de casos positivos)

Con fines investigativos se tomó en cuenta para nuestro análisis únicamente a 60 pacientes que refirieron maltrato siendo nuestro 100% constituyendo un 20% del total de la muestra considerándose un grupo importante aunque mínimo en relación al grupo no agredido.

Cuadro No. 1

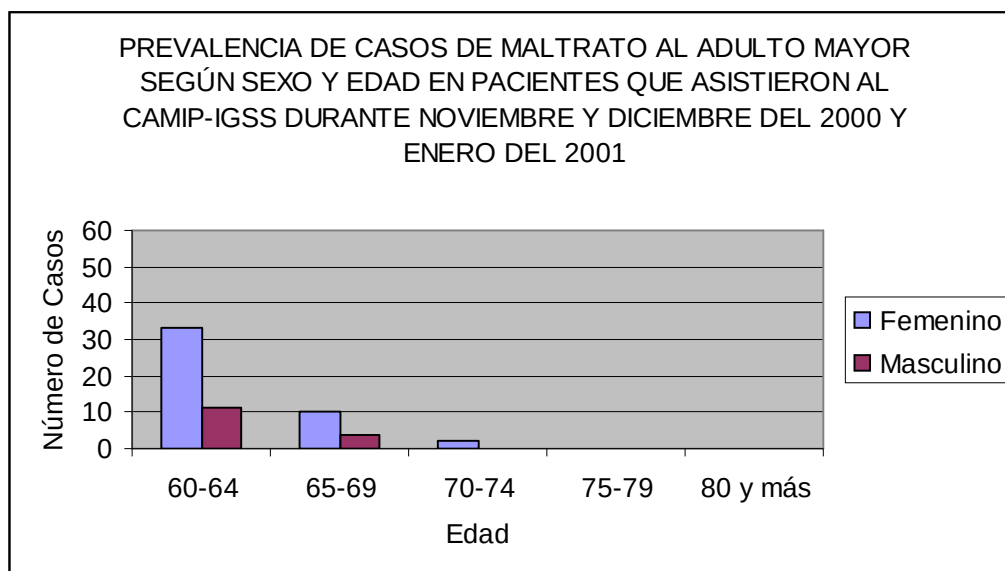
PREVALENCIA DE CASOS DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR SEGÚN SEXO Y EDAD

Edad	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
60-64	33	55.0	11	18.33	44	73.33
65-69	10	16.66	4	6.66	14	23.33
70-74	2	3.33	0	0	2	3.33
75-79	0	0	0	0	0	0
80 y más	0	0	0	0	0	0
Total	45	75.0	15.	25.0	6.0	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Grafica 1

PREVALENCIA DE CASOS DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR SEGÚN SEXO Y EDAD.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Al igual que en otras etapas de la vida la violencia contra la mujer persiste aun en su vida de adulta mayor con una incidencia mayor que en el hombre. En ambos sexos el maltrato se presenta más en la etapa que aún conviven con algún familiar, tolerando el abuso por dependencia económica, por temor o por costumbre lo que no les permite terminar la relación odio-amor, ocultando la mayoría los abusos por considerarlos como algo normal valorándose a sí mismo como una carga para la sociedad, alimentado entonces un gran sentimiento de culpa.

Cuadro No.2

PREVALENCIA DE CASOS DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR SEGÚN SEXO Y ESCOLARIDAD.

Escolaridad	CASOS					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguna	22	7.33	5	1.6	27	45.0
Primaria	14	4.66	3	1.0	17	28.33
Secundaria	2	0.66	2	0.6	4	6.66
Diversificado	5	1.6	2	0.6	7	11.66
Universidad	0	0	2	0.6	2	3.33
Otra	2	0.66	1	0.3	3	5.00
Total	45	15%	15	5	60	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Los adultos mayores abusados en su mayoría son mujeres sin ninguna educación formal, algunos saben leer y escribir aunque no hayan terminado la primaria. Otro grupo minoritario cursó el nivel secundario y obtuvo un título. Algunos han obtenido cursos diversos o sin ellos ejercen labores que en algunos casos les permite agenciarse de fondos.

De los hombres abusados la mayoría tienen algún nivel de educación, desde primaria, cursos libres y superior, y refieren maltrato aunque en menor grado.

El bajo nivel educativo de la mayoría de adultos mayores abusados, condiciona la capacidad de este de poder discernir respecto a su autoestima y defender así sus derechos respecto a las relaciones de violencia no llegando a identificar su situación de víctima o bien de no denunciar el hecho por proteger al victimario. Además de no conocer las pocas instituciones que podrían apoyarlo en nuestro país.

Cuadro No. 3

PREVALENCIA DE CASOS DE MALTRATO EN ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO Y ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
Soltero (a)	9	15.0	2	3.33	11	18.3
Casado (a)	21	35.0	8	13.33	29	48.3
Unido (a)	4	6.66	1	1.66	5	8.3
Divorciado (a)	2	3.33	4	6.66	6	10.0
Viudo (a)	9	15.0	0	0	9	15.00
Otro	0	0	0	0	0	0
Total	45	75.0	15	25.0	60	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

La violencia intrafamiliar se presenta en cualquier tipo de relación de pareja, sin importar el vínculo legal o no que los una. En el adulto mayor casado hombre o mujer prevalece la relación de maltrato en la que se ejerce poder sobre el cónyuge sometiéndole a sumisión y resignación al no poder cambiar su realidad.

La mujer anciana soltera sin embargo, con la responsabilidad de haber sacado adelante sola su hogar recibe abandono o desprecio de sus hijos o nietos, al igual que en el caso de ancianos viudos o divorciados que son reclusos en asilos o clínicas confinándolos a una muerte segura y más rápida.

En la mayoría de veces el ambiente hostil y violento hacia el adulto mayor es mayor que en otras etapas de la vida del ser humano, no teniendo mayores opciones para poder mejorar su situación de víctimas; tanto en relación de matrimonio, de unión de hecho, de soltería, viudez o divorciado el maltrato se manifiesta en diferentes formas y niveles así como perpetradores.

Cuadro No. 4

PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN EL GRADO DE MALTRATO QUE REFIRIERON.

Grado de Maltrato	F	%
Leve	19	31.66
Moderado	27	45.0
Alto	14	23.33
Total	60	100.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Nota: Leve: de 1 a 2 ítems contestados afirmativamente.
Moderado: de 2 a 4 ítems contestados afirmativamente.
Alto: Mas de 4 ítems contestados afirmativamente.

Ninguna acción que atente contra la integridad física, mental económica y de seguridad se justifica en cualquier etapa de la vida y menos aún en la tercera edad, por ser un grupo vulnerable necesitado de protección y amor.

Algunos mayores indicaron recibir rechazo de parte de sus familiares, actitud que engloba una serie de comportamientos y mensajes negativos que merma la autoestima del anciano.

Otro grupo indicó que en la vía pública, en el ambiente laboral o círculo de amistades son objeto de burlas, degradándole por ver poco, caminar despacio, no escuchar bien, no estar a la moda, etc, o simplemente por ser viejo, indicándole directa o directamente que es un objeto en desuso, a punto de ser descartado a la basura.

Su misma condición frágil disminuye su agilidad para movilizarse y desenvolverse con más soltura por lo que es víctima de empujones en la calle, en el transporte público y aún en el hogar, transmitiéndose el mensaje de inutilidad.

La mayoría de agresiones de cualquier tipo, de cualquier forma y en cualquier ambiente se suceden repetitivamente así, una agresión física se acompaña de insultos, amenazas, o en una diligencia pública que efectuó el adulto recibe atención tardía, con gritos, o no le atienden.

Cuadro No. 5

PREVALENCIA DE CASOS DE ADULTOS MAYORES SEGÚN EL TIPO DE MALTRATO.

Tipo de Maltrato	CASOS	
	F	%
Maltrato Físico	30	15.3
Maltrato Psicológico	74	37.7
Maltrato Económico	82	41.8
Maltrato Sexual	2	1.02
Otro	8	4.08
Total	196	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Nota: Aunque el total de casos de pacientes que refirieron algún tipo de maltrato es de 60, a partir de este cuadro el total, varía porque algunos adultos mayores refirieron mas de uno.

El fenómeno del maltrato al anciano es un problema latente aunque en forma vedada que afecta a muchos adultos mayores guatemaltecos; se manifiesta en todos los tipos en mayor o menor grado, padeciéndolo en su vida cotidiana por pertenecer a hogares en conflicto, por parte de grupos antisociales de autoridades o instituciones.

Algunos adultos mayores rompieron el silencio atemorizados refiriendo abandono, falta de dinero, falta de atención, ataques físicos, pero sorprendentemente agresiones de tipo sexual, lo que nos da la pauta de la gravedad de la violencia intrafamiliar la que no afecta solo al niño y la mujer como podemos observar.

Las condiciones económicas afectan también al adulto mayor quien no recibe suficientes ingresos para satisfacer por lo menos sus necesidades básicas no digamos de distracción y esparcimiento.

Las relaciones interpersonales con sus seres queridos, amigos, vecinos, etc, son tan precarias que menosprecian al anciano degradándole en su capacidad de relación.

Cuadro No. 6

PREVALENCIA DE CASOS DE ADULTOS MAYORES QUE REFIRIERON MALTRATO FÍSICO

Maltrato Físico	F	%
Empujones	3	10.0
Patadas	1	3.3
Manadas	2	6.7
Cinchazos	0	0.0
Ruptura de huesos	1	3.3
Golpes con objetos.	8	26.7
Amarre	0	0.0
Jalones de pelo	3	10.0
Sacudidas	6	20.0
Pellizcos	2	6.7
Heridas	4	13.3
Quemaduras	0	0
Otros	0	0
Total	30	100.0

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Del 20% de adultos mayores maltratados un 15% son agredidos físicamente, lo que además de atentar contra la integridad de la persona las expone al riesgo de sufrir una muerte violenta o bien una lesión invalidante lo que agrava la condición misma de fragilidad del anciano.

Las formas de agresión física van desde lo más simple como un empujón, un jalón de pelo o un pellizco hasta, heridas, ruptura de huesos o quemaduras. Los objetos más comúnmente utilizados son utensilios caseros (cinchos, zapatos, etc) de cocina (tenedores cuchillos, etc) hasta armas (de fuego o blancas etc) y objetos pesados (piedras, tubos, herramientas, etc).

No importando la forma, objeto o lesión provocada lo importante es el hecho de la pérdida de valores y respeto hacia nuestros padres, abuelos y otros adultos que se encuentran en la ancianidad violando sus derechos humanos.

Este grupo no escapa a la violencia común, a la ergonomía desfavorable y a la inseguridad arquitectónica de servicios y transporte públicos, lo que produce más inestabilidad al adulto mayor propiciando fácilmente caídas y golpes importantes.

Cuadro No. 7

PREVALENCIA DE CASOS DE ADULTOS MAYORES QUE REFIRIERON ALGÚN TIPO DE MALTRATO PSICOLÓGICO.

Maltrato Psicológico	F	%
Burlas	6	8.1
Amenazas	1	1.3
Insultos	6	8.1
Encierros	0	0
Gritos	4	5.4
Rechazo	7	9.5
Lo ignoran	20	27.0
Desprecio	9	12.2
Menosprecio	18	24.3
Permanecen en silencio	3	4.1
Otros	0	0
Total	74	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El abuso y la negligencia se manifiesta de diferentes formas de las que algunas veces el adulto mayor no advierte como tal aduciendo que son conductas normales hacia él por su condición de anciano, o bien si las identifica las tolera por su incapacidad para defenderse y por justificar al agresor.

Las actitudes de desprecio, rechazo y desvalorización le niegan un rol social y en los casos más graves sufre de burlas, insultos, gritos o se le obliga a permanecer en silencio, además de sufrir de amenazas que vienen a provocar angustia y descompensación general.

El adulto mayor tiende a aislarse a ser poco comunicativo mermando su autoestima, que de por sí ya es frágil.

Cuadro No. 8

DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES QUE REFIRIERON ALGÚN TIPO DE ABUSO ECONÓMICO.

Abuso Económico	F	%
Despojo de bienes	4	5.0
Presión para distribuir sus bienes en vida.	7	8.5
Sostener o dar dinero a sus hijos mayores sanos.		
Malgastan su dinero.	31	37.8
Le quitan sus cheque	17	20.7
Retiran sus ahorros.	2	2.4
Roban sus bienes.	2	2.4
Roban su dinero	9	11.0
Otros	8	9.8
	2	2.4
Total	82	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El abuso económico hacia el adulto mayor en nuestra encuesta indica que aún después de haber sostenido durante su vida económicamente activa, a su familia continua haciéndolo en su etapa de retiro dando sustento estudio y techo a hijos que podrían valerse por si mismo al ser económicamente independientes; además es víctima de estafas, robos y mal uso de sus ingresos.

El desvío de ingresos no le permite satisfacer sus necesidades nutricionales, de vivienda y salud. Así como recibe presión para distribuir herencias o bienes en vida, dejándolos en muchos casos a la deriva, en la calle o posando con amigos.

La poca remuneración del trabajo que realizan es otro aspecto que degrada al adulto mayor siendo utilizado en labores no aptas para sus condiciones generales.

La explotación económica hacia el adulto mayor es sinónimo de engaño y chantaje, obteniendo los interesados posesión y dominio sobre los fondos o propiedades de la persona, declarándolas incompetentes para tomar el control económico propio, o bien se descuidan en el manejo de sus gastos no orientándoles para una mejor administración de sus gastos, ingresos y pertenencias. Se observó que el abuso económico en sus diferentes formas en nuestra población es alto en relación a las otras forma de maltrato.

Cuadro No. 9

ADULTOS MAYORES QUE REFIRIERON MALTRATO SEXUAL.

Abuso Sexual	F	%
Acoso sexual	1	50.0
Acciones indecentes	0	0.0
Violación sexual	1	50.0
Otros.	0	0.0
Total	2	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El silencio que adopta el agredido sexualmente no permite conocer la magnitud de este aspecto del maltrato. La mayoría de adultos mayores entrevistados se ruborizaron y evadieron las preguntas con respuestas de negación o silencio.

Algunos optaron por exponer ejemplos de conocidos, familiares o que se enteran de estas situaciones por publicidad. Únicamente dos personas lograron expresarse rompiendo en llanto y en uno de los casos entrando en una crisis emocional.

La mayoría de encuestados se sienten expuestos a este peligro e indagaron respecto a la ayuda que se le podría brindar en esos casos.

Cuadro. No. 10

AGRESOR MAS FRECUENTE REFERIDO POR ADULTOS MAYORES MALTRADOS.

Agresor	F	%
Cónyuge	17	22.4
Hijo	27	35.5
Nieto	9	11.8
Sobrinos	5	6.6
Hermanos	7	9.2
Otros.	11	14.5
Total	76	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Nota: Algunos adultos mayores refirieron más de un agresor.

Los actos de abuso hacia el adulto mayor son cometidos por cualquier persona. Los agredidos refirieron más de un agresor, más frecuentemente en el hogar, son personas de confianza o familiares con quienes sostienen una relación significativa como los hijos, el cónyuge, nietos sobrinos y aún hermanos, o en las instituciones de ancianos, supermercados, bancos y oficinas, etc.

La negligencia es la agresión que en su mayoría ejerce el agresor hacia el anciano; no le suministra suficiente y adecuada alimentación, no le brinda atención médica oportuna ni los medios para movilizarse, etc, llegando a casos extremos de violencia física, y psicológica.

Se da una dinámica conyugal negativa en la pareja de adultos mayores en el momento en que uno de los dos se encuentre en situación vulnerable de ser victimizado, o en el caso de la mujer en la que la sumisión ante la agresión del compañero se perpetúa al paso de los años.

La cadena de actos de violencia a través del círculo de la familia se traduce en actos espontáneos no intencionales hasta llegar al abuso sistemático e intencional de hijos o cónyuges como agresores directos; quienes a su vez han sido maltratados son alcohólicos o fámacodependientes.

Cuadro No. 11

ACTITUD ADOPTADA POR ADULTOS MAYORES QUE REFIRIERON MALTRATADO.

Actitud	F	%
Defenderse	11	8.0
Abandonar su hogar.	2	1.5
Denunciar al agresor.	1	0.7
Indiferencia	13	9.4
Angustia	18	13.0
Miedo	29	21.0
Tristeza	6	4.3
Depresión	32	23.2
Aislamiento	0	0
Llanto.	21	15.2
Hablar poco	5	3.6
Otra.	8	8
Total	138	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Nota: Algunos adultos mayores refirieron más de una actitud.

El anciano víctima requiere especial atención. Muchas veces por factores culturales, económicos, por temor a represalias o al abandono ocultan el maltrato y al agresor.

En nuestro estudio los adultos mayores manifestaron acciones de depresión, miedo, llanto e indiferencia. Percibimos que frecuentemente enfrenta la condición con conformismo y convive con ella sin buscar una solución,

Algunos llegan a defenderse en el momento de la agresión sin llegar a denunciar el hecho, lo que fomenta conductas repetitivas, sin embargo, no se sienten apoyados, ni atendidos por los organismos de seguridad para efectuar una denuncia formal a la que realmente se le de trámite.

CONCLUSIONES

1. En una muestra de 300 pacientes del CAMPI-IGSS el 20% refirieron algún tipo de maltrato, quienes se encuentran en su vejez temprana de 60 a 64 años, son mujeres, en su mayoría casados y con un bajo nivel educativo.
2. De los adultos mayores que refirieron maltrato, la mayoría indicaron ser víctimas de más de una forma de abuso, predominando la explotación económica en sus diferentes formas, seguida del abuso psicológico, siendo perpetrado el maltrato principalmente por los hijos y los cónyuges.
3. La reacción del adulto mayor hacia la agresión fue con acciones de llanto, angustia y principalmente la depresión, muy pocos optaron por defenderse o denunciar al agresor.

IX. RECOMENDACIONES

1. Aplicar el marco jurídico ya establecido que apoye a la persona de la tercera edad para erradicar la violencia hacia este grupo de la población.
2. Diseñar acciones de educación biosicosocial tendientes a crear una cultura para una "vejez exitosa", dirigidas a niños, jóvenes y adultos.
3. Ampliar la atención geriátrica con visión multidisciplinaria, hacia la prevención del deterioro funcional, mejoría de la calidad de vida, y reforzamiento de los lazos de apoyo familiar mediante diagnóstico oportunos con enfoque de riesgo.
4. Abordar el problema del abuso al anciano con acciones de promoción de los derechos humanos, de prevención para identificar los grupos de riesgo, y de información a los profesionales de diferentes disciplinas para que detecten casos de maltratado y puedan orientar al paciente para solucionar su situación.
5. Que en el pensum de estudios de la carrera de medicina y facultades relacionadas con la atención en salud, se incluya la atención gerontogeriatrica por tratarse de un grupo de población que va en constante aumento.
6. Generar propuestas específicas y prácticas que permitan a las instituciones relacionadas con la tercera edad enfrentar con eficiencia los desafíos actuales y futuros para desarrollar una medicina social, integral, oportuna y de calidad con estrategias de acción como:
 - 6.1 Atención de salud para los ancianos integrada a los servicios de atención primaria.
 - 6.2 Promoción y reforzamiento del rol de la familia y de la propia comunidad en el cuidado de los ancianos.
 - 6.3 Acciones de proporción de la salud, prevención de la enfermedad y postergación de la incapacidad.
 - 6.4 Asignación de recursos de diferentes fuentes para atender problemas de vivienda, transporte, medio ambiente y bienestar social.
7. Desplegar todos los esfuerzos necesarios para asegurar un ingreso digno a las personas ancianas lo que les permitirá mejorar o mantener un nivel económico aceptable, esencial para preservar la salud y el bienestar.

X. RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo transversal se realizó con el objeto de determinar la frecuencia del SÍNDROME DE MALTRATO AL ANCIANO en pacientes que asistieron al CAMIP-IGSS durante los meses de noviembre y diciembre del 2000 y enero del 2001.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento elaborado específicamente del cual se obtuvieron los resultados siguientes; el sexo femenino es agredido en mayor grado que el sexo masculino, la relación de pareja que más refirió maltrato son los casados seguidos de los viudos y solteros, y están en su vejez temprana contado con un bajo nivel educativo.

El abuso se manifestó en todas sus formas incluso el sexual, y predominó la explotación económica con el abuso psicológico. Las agresiones son perpetradas principalmente por los hijos y los cónyuges entre otras personas.

El adulto mayor en la mayoría de las veces refirió preferir ocultar al agresor y no denunciar el hecho optando por llorar, angustiarse y deprimirse.

Estos datos reflejan una pequeña parte de la magnitud del problema evidenciando la presencia del maltrato en sus diferentes formas, hacia ambos sexos y en cualquier nivel socioeconómico o ámbito cultural en que se desenvuelva el adulto mayor por lo que es necesario replantear el rol de las personas de la tercera edad con la finalidad de que sean reconocidas, respetadas y dignificadas ya que el abuso o maltrato no puede ser parte del trato humano.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ama, M. Council on Scientific Affairs: Elder abuse and neglect. JAMA 1987, 257,966
2. Attorney, G. Asuntos legales. [e.mail,andrescvlaoag. State.tx.us.vision.magazine.. lapest.Issue.](mailto:andrescvlaoag.State.tx.us.vision.magazine..lapest.Issue)
3. Brene, E. El Anciano Víctima. Revista Gerontológica en Acción.
4. Beck, J. Year. Book of. Geriatric and Gerontology Washington 1991. pp. 230
5. Cuídese: Ancianos <http://www.arrakis.es/cuidese/c>
6. Congreso de la República. Ley de Protección para la Tercera Edad. Guatemala: 1997.
7. Encuestas. [e.mail:enc hdd a paho.org.](mailto:enc hdd a paho.org)
8. Fera, F. Antecedentes y caracterización de algunos aspectos propios de la institucionalización del Adulto Mayor. Revista Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. (México, D.F.) 1998 (Parte B Libro 3) 13-18
9. Frances, X. Aspectos Biopsicosociales del Proceso de Envejecimiento Gerontología Barcelona, boixareu 1992 pp.49,159.
10. Friendich, D. Diccionario de Psicología, Herber Barcelona 1980. pp 1050.
11. Girón, M. Tendencias Actuales de la Gerontología en Guatemala. Guatemala, Landívar 1991. pp. 30
12. Girón, M. Como el Invierno, la Vejez Tiene su Encanto Gerocultura Guatemala 1991. pp. 87-106.
13. Guatemala, G. Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050. Centro Latinoamericano de Demografía, Instituto Nacional de Estadística. 1997.
14. Gorman, M. Tercera Edad y Desarrollo. Revista Help Age Internacional (London, Reino Unido). 1999, enero 2.
15. Lachs, P. Abuse and Neglect of Elderly Persons. 1995. 332, 437, 443.

16. Martín, G. et al. Envejecimiento y Salud: un cambio de paradigma. Revista Temas de Actualidad (Washington) 2000 enero 7 (1) 60-67
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Envejecimiento en Guatemala. Situación Actual. Guatemala 1998. pp. 36
18. Ministerio de salud Pública y Asistencia Social. Manual de Valoración para el Cuidado Integral de las Personas Mayores. Plan de Atención, Guatemala: 1998. pp. 39
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Centros de Día Programa Nacional Materno Infantil, Área de Salud de Personas Mayores. Guatemala 1999. pp. 2-9
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Operativo Nacional de Atención Integral de Salud de las Personas Mayores. Guatemala 1998. pp. 1-36.
21. Ministerio de Gobernación. Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad 1997 pp. 16
22. Minugua-PNUD. Ley para Prevenir y Erradicar la Violencia Intrafamiliar. Guatemala 1997.
23. Ministerio de Asuntos Sociales. Políticas Integrales para las Personas Mayores en el Área Iberoamericana. España 1993.
24. Morales, D. Alto al Abuso de los Ancianos. <http://www.woag.state.tx.us/website/news/legalmat/>
25. Medappa, N. Los Mayores Abusos. Periódico Indio de Investigación Médica. 1997. Vol. 106.
26. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Interamericana. Sociedad, Violencia y Salud. Washington. 1994.
27. Organización Panamericana de la Salud. La Violencia: Un problema de Salud Pública que se Agrava en la Región. Boletín Epidemiológico. Washington 1990. Vol. 11 No. 2
28. Organización Panamericana de la Salud. Violencia en las Américas. Lapandemia social del siglo XX. Washington. 1996. Publicación de comunicación para la salud. No.10
29. Organización Panamericana de la Salud, Centro Interamericano de Estudios Sociales El Adulto Mayor en América Latina; sus Necesidades y sus Problemas Médico-sociales. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México D. F. Piensa S. A. 1995. pp. 131-140

30. Organización Panamericana de la Salud. Dimensiones Demográficas y de Salud en América Latina y El Caribe, La Atención de los Ancianos un Desafío para los Años 90. Publicación Científica No. 546-1994.
31. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del País, Guatemala. <http://www.paho.org>.
32. Organización Panamericana de la Salud. Año Internacional de los Adultos Mayores, Documentos de las Naciones Unidas, Montevideo Uruguay, 1997.
33. Organización Panamericana de la Salud. Políticas para el Envejecimiento Saludable en América Latina, Parlamento Latinoamericano. 1996-
34. Pénale, B. Moretones en el Alma. Bold 1998. Volumen 8 No. 2
35. Roche, B. Relación Profesional Adulto Mayor. Revista Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. (México, D. F.) 1998, (parte b, Libro 3) 10-12.
36. Reunión Comité Interamericano de Seguridad Social, XLII: 1999: México. La Seguridad Social en la Salud del Adulto Mayor, México 2000. pp. 7,9.
37. The Merck Manual of Geriatric. Segunda edición. N. J. Merck Sharp & Dome. 1995. pp. 1658.
38. Sistemas de Naciones Unidas para Guatemala: Los Contrastes del Desarrollo Humano. 1998. pp. 144--163
39. Strauss, M. Abuse and Victimization Across the Life Span. USA: The John Hopkins University Pres. 1990.
40. San Miguel, E. La Tercera Edad en México. Gaceta de la CND. 1999. pp. 12, 13, 18, 20.
41. Wolf, r. Victimization of the Elderly Elder Abuse and Neglect. Clinical Gerontology 1992; pp. 2, 269, 276.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. Unidad de Tesis

INVESTIGACIÓN: “Síndrome de maltrato al anciano”

RESPONSABLE: Hada Escobar

INSTITUCIÓN: Centro de Atención Médica Integral para Pensionados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUCCIONES: esta entrevista forma parte de un estudio de tesis previo a optar el título de Médico y Cirujano, para lo cual solicitamos su colaboración voluntaria y anónima. La información obtenida será confidencial.

I. DATOS GENERALES

1. SEXO: Femenino ☐
- Masculino ☐
2. EDAD: 60 a 64 ☐
- 65 a 69 ☐
- 70 a 75 ☐
- 75 a 80 ☐
- ☐

80 y más

3. ESCOLARIDAD:
- | | |
|---------------|--------------------------|
| Ninguna | ☐ |
| Primaria | ☐ |
| Secundaria | ☐ |
| Diversificado | ☐ |
| Universidad | ☐ |
| Otros | ☐ |

4. ESTADO CIVIL:
- | | |
|------------|--------------------------|
| Soltero | ☐ |
| Casado | ☐ |
| Unido | ☐ |
| Divorciado | ☐ |
| Viudo | ☐ |
| Otros | ☐ |

II. TIPO DE MALTRATO Y AGRESOR

5. En su vida de adulto mayor ha sufrido de alguno de los siguientes problemas producidos por otra persona.

- | | |
|------------|--------------------------|
| Burlas | ☐ |
| Amenazas | ☐ |
| Insultos | ☐ |
| Encierros | ☐ |
| Gritos | ☐ |
| Rechazo | ☐ |
| Lo ignoran | ☐ |
| Desprecio | ☐ |
| | ☐ |

Menosprecio

Permanecer en silencio ☐

Otros ☐

Ninguno ☐

Por quién? _____

6. En su vida de adulto mayor ha sufrido de:

Empujones

Patadas ☐

Manadas ☐

Cinchazos ☐

Ruptura de huesos ☐

Golpes con objetos ☐

Amarre ☐

Jalones de pelo ☐

Sacudidas ☐

Pellizcos ☐

Heridas ☐

Quebraduras ☐

Otros Ninguno ☐

Por quién? _____

7. En su vida como adulto mayor ha sufrido de alguno de los siguientes problemas producidos por otra persona.

Despojo de bienes ☐

Robo de dinero	☐	
Presión para distribuir sus bienes en vida		☐
Robo de bienes	☐	
Retiro de ahorros	☐	
Le quitan su cheque	☐	
Malgastan su dinero	☐	
Sostener o dar dinero a hijos mayores		☐
Otros	☐	
Ninguno	☐	
Por quién?		

8. Ha recibido usted en su vida de adulto mayor alguno de los siguientes problemas producidos por otra persona.

Acoso sexual	☐	
Violación sexual	☐	
Le han tocado sus partes íntimas	☐	
Le han obligado a tocar partes íntimas de otras personas		☐
Se desnudan frente a usted con insinuaciones		☐
Le forzan a ver actos deshonestos	☐	
Le introducen algún objeto en sus partes íntimas		☐
Le proponen acciones indecentes	☐	
Otros	☐	
Ninguno	☐	
Por quién?		

III. ACTITUD

9. Cuando usted ha sido maltratado en su vida de adulto mayor qué ha hecho:

Defenderse ☐

Abandonar su hogar ☐

Denunciar al agresor ☐

Indiferencia ☐

Angustia ☐

Miedo ☐

Tristeza ☐

Depresión ☐

Se aísla ☐

Llorar ☐

Hablar poco ☐

Se duerme ☐

Otros ☐

Ninguno ☐

Por quién? _____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GRAFICA DE GANT

[illegible]

ACTIVIDADES

1. Selección del tema del protocolo de investigación.
2. Elección de Médicos asesor y revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor .
5. Diseño de la boleta de recolección de datos.
6. Aprobación del proyecto por la institución donde se hará el estudio
7. Aprobación del proyecto por la Unidad de Tesis
8. Ejecución del trabajo de campo
9. Procesamiento de datos (análisis, cuadros, gráficas)
10. Análisis y discusión de resultados
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
12. Presentación del informe final para correcciones
13. Aprobación del informe final
14. Impresión del informe final y trámites administrativos
15. Examen público de defensa de tesis

