



Universidad Central de Venezuela

Facultad de Ciencias Económicas y Sociales

Escuela de Trabajo Social

Situación del adulto mayor en estado de abandono. Hospital José María Vargas.

Distrito Capital 2015-2016

Trabajo Especial de Grado para optar al Título de:

Licenciado en Trabajo Social

Integrantes

Alexander Rodríguez CI. 18915101

Elsy Rivas CI.19238936

Keila A. Longa R. CI. 13686945

Miguel E. Peña R. CI. 19267634

Tutor: José Gregorio Ibarra

Septiembre 2016



VEREDICTO

Reunidos en: la Sala de Usos Múltiples, el día 27-10-2016, los Profesores: Margarita Rojas de Duarte, Nayubi Ramírez y José Ibarra designados por el Consejo de Escuela en su Sesión de fecha _____, para examinar el

Informe de Pasantías, titulado:

Situación del adulto mayor en estado de abandono. Hospital José María Vargas. Distrito Capital 2015-2016.

Presentado por los Bachilleres: Longu Keyla, Peña Miguel, Rivas Elsy, Rodríguez Alexander titulares de la cédula de identidad números: 13686945, 19267634, 19238936, 18915101 hemos decidido evaluarlo con la calificación de:

APROBADO

Jurado Evaluador



Prof. José G. Ibarra G.
Tutor

Prof. Margarita Rojas de Duarte
Jurado

Prof. Nayubi Ramírez
Jurado

RESUMEN

La presente investigación se titula Situación del adulto mayor en estado de abandono. Hospital José María Vargas. Distrito Capital 2015-2016 y tuvo como objetivo general el análisis de esta, la cual fue posible alcanzar a través del enfoque fenomenológico. El estudio es cualitativo con un nivel de profundidad exploratorio-descriptivo que permitió tener un panorama de las vivencias y experiencias de los adultos mayores abandonados. La técnica utilizada en la recolección de datos fue la entrevista en profundidad, para la cual se aplicaron como instrumentos dos Guías de entrevistas. El análisis fenomenológico permitió identificar siete categorías y subcategorías que posteriormente fueron interpretadas y contrastadas para su comprensión.

La situación de los adultos mayores hospitalizados en estado de abandono es precaria, si bien cuentan con alimentación y atención médica, los espacios no son los adecuados para el esparcimiento (caminar, pasear, hacer ejercicio) para el contacto con sus pares (dialogar, interactuar, relacionarse) la integración y participación en su entorno (recuperar sentido de pertenencia e identidad), reforzar sus valores de autoestima y sentido de utilidad, en este contexto se fortalecen los valores opuestos, sentimientos negativos como soledad, tristeza, desesperanza e inutilidad, y esta descompensación anímica se manifiesta sobre su estado de salud, generando en él una involución.

Se logró determinar que el tiempo de espera para el ingreso en una institución geriátrica puede ser mortal para el adulto mayor, ya que se presentan riesgos de contraer enfermedades hospitalarias a nivel digestivo, cutáneo, urinario y respiratorio, que según su estado de salud puede incluso causarle la muerte.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I	
1. EI PROBLEMA.....	9
1.1. Objetivo General.....	19
1.2. Objetivos Especificos.....	19
1.3. Justificación.....	20
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEORICO.....	22
2.1. Antecedentes de la investigación.....	22
2.2. Teoría Para la comprensión del adulto mayor.....	24
2.2.1. Evolución del concepto de vejez.....	25
2.2.2. Teoría geriátrica del envejecimiento.....	28
2.2.3. Argumentos teóricos sobre el envejecimiento.....	29
2.2.4. Adulto Mayor y Bioética.....	34
2.3. Bases Teórica para la comprensión de las Necesidades Humanas.....	36
2.3.1. Teoría de Desarrollo a Escala Humana.....	39
2.4. Necesidades de los Adultos Mayores.....	44
2.4.1. Necesidad de Subsistencia del adulto mayor.....	45
2.4.2. Necesidad de protección del adulto mayor.....	46
2.4.3. Necesidad de afecto del adulto mayor.....	47
2.4.4. Necesidad de entendimiento del adulto mayor.....	48
2.4.5. Necesidad de participación del adulto mayor.....	48
2.4.6. Necesidad de ocio del adulto mayor.....	49
2.4.7. Necesidad de Identidad del adulto mayor.....	50
2.4.8. Necesidad de Libertad del adulto mayor.....	51
2.5. Abandono y adulto mayor.....	51
2.6. Familia y Adulto Mayor.....	53
2.6.1. Nido vacío.....	55
2.6.2. Relaciones Familiares.....	56
2.6.3. Abandono Familiar.....	57

2.7. Relaciones Sociales.....	59
2.8. Soledad.....	61
2.9. Estilo De Vida Del Adulto Mayor.....	62
2.10. Abandono Del Adulto Mayor en Instituciones Geriátricas.....	63
2.11. BASES LEGALES.....	64
2.11.1. Tratados y Convenios Internacionales.....	64
2.11.2. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.....	66
2.11.3. Ley de Servicio Social.....	68
2.11.4. Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social.....	71
2.11.5. Ley de Seguro Social.....	75
2.12. Reseña Histórica del Hospital José María Vargas.....	77
2.12.1. Misión.....	77
2.12.2. Visión.....	78
2.12.3. Valores de la institución.....	78
2.12.4. Organigrama Administrativo.....	79

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGICO.....	80
3.1. Estrategias de la investigación.....	80
3.2. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	86
3.2.1 La Entrevista en Profundidad.....	86
3.2.2 Instrumentos.....	89
3.2.3 Categorización y análisis de contenido.....	92

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS.....	97
4.1. Terminología.....	100
4.2. Relaciones Familiares.....	102
4.2.1. Abandono Familiar.....	104
4.2.2. Apatía Familiar.....	110
4.3. Relaciones sociales.....	111

4.4. Estilo de vida.....	113
4.4.1. Apatía social.....	114
4.4.2. Acumulador (síndrome de Diógenes).....	118
4.4.3. Vicios.....	121
4.4.4. Ocupación.....	123
4.4.5. Habilidades sociales.....	126
4.5. Abordaje del Departamento de Trabajo Social.....	130
4.6. Ingreso del adulto mayor abandonado.....	138
4.7. Factores de riesgos.....	146

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	151
BIBLIOGRAFIA.....	157
ANEXOS.....	164

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

CUADRO N°1. Teoría del Envejecimiento.....	29
CUADRO N°2. Teoría Sobre Las Necesidades.....	37
CUADRO N°3. Necesidades Y Satisfactores.....	40
GRAFICO N°1. Modo de conocer lo social del paradigma cualitativo ajustado a la investigación.....	86
GRAFICO N°2. Proceso De Categorización.....	93

INTRODUCCIÓN

El abandono del adulto mayor es una realidad que no debe omitirse por parte de la sociedad, familia y el Estado, el envejecimiento del adulto mayor es un proceso natural del ciclo de la vida y viene acompañado de cambios Biológicos, psicológicos y sociales. Los cambios biológicos son los más notable del proceso de envejecimiento, el declive de las funciones corporales y de sus organismos representa uno de los enormes retos del adulto mayor y tiene su incidencia en los cambios sociales y psicológicos.

Los cambios sociales que atraviesan los adultos mayores están enlazados con los estereotipos negativos que la sociedad y sus familias tienen de ellos, estereotipos asociados a inutilidad, estorbo, carga social, carga económica, dependencia y debilidad que representan un factor de exclusión para el adulto mayor siendo abandonado, aislado y separado de los procesos familiares y sociales afectando su estado emocional produciendo en ellos sentimientos de soledad, inutilidad, tristeza, desesperanza.

El ritmo de la vida que ofrece el mercado laboral impacta en la estructura y la dinámica familiar dejando olvidado y desprotegido al adulto mayor, desvalorizándolo como persona, de respeto a su dignidad, acrecentando sentimientos negativos en ellos.

Este problema no solo existe en el seno familiar sino que se está exteriorizando a las instituciones de salud, de allí surge una de las preocupaciones de la investigación que es el abandono del adulto mayor en los hospitales y el tiempo que dista entre el momento que son dados de altas hasta que son ubicados en instituciones geriátricas. El tiempo que tarda en atender esta situación el Estado, los adultos mayores corren el riesgo de contraer enfermedades intrahospitalarias que

atentan contra su salud y en el peor de los casos causan la muerte, sumado a esto y producto del abandono los adultos mayores se descompensan anímicamente y estos sentimientos negativo lo llevan esperando solo la muerte.

El capítulo I contiene el problema de investigación, el cual se centra en analizar la situación del adulto mayor en estado de abandono del Hospital José María Vargas, en este sentido se describe la situación del adulto mayor en Venezuela, la dinámica familiar y su incidencia en el abandono de esta población.

Así mismo el Capítulo II sustenta las bases teóricas para la comprensión de la situación actual del adulto mayor: la evolución del concepto de vejez, las necesidades del adulto mayor, las relaciones familiares y sociales y el abandono en adultos mayores.

El capítulo III incorpora las estrategias metodológicas: la metodología usada para aprehender la realidad se sustenta en el paradigma cualitativo, la naturaleza de la investigación así lo exigía por lo que se logró establecer una relación directa (sujeto-sujeto) y se aprovechó recoger la información de fuentes originales (adultos mayores abandonados), el enfoque que se ajustó a los intereses de la investigación yació en el fenomenológico, que supone una relación dialógica entre el equipo de investigación y los sujetos involucrados (adultos mayores abandonados y trabajadores sociales), la técnica implementada consistió en la entrevistas en profundidad aplicando cómo instrumentos guías de entrevistas y un grabador de audio.

De este modo el IV y último capítulo contiene el análisis de las categorías emergente en la investigación, se manipularon siete categorías y siete subcategorías con el propósito de responder a los objetivos planteados, de este análisis surgieron las conclusiones y consideraciones de la investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Departir sobre el termino envejecer no es fácil, aunque todos tengamos conocimiento del tema bien sea de manera intuitiva por observarlos en nuestro entorno o en nosotros mismo, el termino es universal, todos los seres vivos pasan por este proceso. En los seres Humanos el termino envejecer viene acompañado de un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. “Envejecer es un cambio morfológico y fisiológico, consecuencia del tiempo sobre los organismos vivos” según Salgado (2005) (citado por Zúñiga, Pasquel y Zamora, 2012), Es por ello que el envejecimiento del adulto mayor es un proceso natural y universal de cambios biológicos irreversibles que acontecen a través del ciclo vital de los seres humanos. Ramírez (1999), considera que: “el desarrollo humano es un fenómeno integral en el que interactúan diversidad de factores.El desarrollo biológico, específicamente, implica varias etapas: crecimiento, maduración y envejecimiento.” (p. 84).

De igual forma, se produce en algunos casos la pérdida de la comunicación y el abandono familiar, lo cual acarrea alteraciones emocionales y psicológicas, cuya consecuencia termina siendo el ingreso de forma permanente, por decisión de la familia, en instituciones geriátricas y de otras categorías.

No todas las personas envejecen de la misma manera, su calidad de vida y su funcionalidad están claramente relacionadas con las oportunidades y privaciones que han tenido durante el transcurrir de su existencia, debido a que muchos no cuentan con una preparación profesional o con un grado de instrucción acorde que les pueda proporcionar ciertos beneficios, como pensión por vejez u otras asignaciones

económicas ofrecidas por el Sistema Venezolano de Seguridad Social, sin embargo, en opinión de Fernández (2012):

La protección que actualmente ofrece el sistema venezolano de seguridad social frente a la vejez, es claramente insuficiente. El conjunto de beneficios se reducen a pensiones, pagaderas por en IVSS, por el INASS, gobiernos estatales y locales y jubilaciones otorgadas por organismos públicos y eventuales pensiones de sobrevivientes, cuando se trata de adultos mayores familiares calificados de pensionados del seguro social o de jubilados o pensionados del sector público, además de asistencia médica, pero se sabe que tales prestaciones solo llegan a la mitad de la población mayor. (p. 216).

Partiendo de esta realidad, se puede decir que las políticas sociales impartidas por el Estado Venezolano se orientan en suministrar asignaciones económicas que primeramente no cubre el total de la población de adultos mayores ni satisface sus necesidades, son Políticas que se quedan corta ante la realidad actual que viven los adultos mayores en Venezuela.

En este orden de ideas, cabe destacar que del envejecimiento se derivan diversos problemas sociales que deben ser abordados tanto por los adultos mayores, sus familiares, su entorno social y las autoridades competentes. Problemas como la desincorporación del campo laboral, la falta de ingresos y las repercusiones que trae sobre la calidad de vida, son algunos factores que intervienen en la vida de los adultos mayores, es por ello que se hallan múltiples variables que influyen de manera directa en estas personas, entre las cuales se mencionan: los servicios básicos, relación familiar, grado de instrucción, natalidad y mortalidad, estilos de vida, acceso a servicios médicos sanitarios, disponibilidad de tiempo libre y el abandono familiar, todo estos en cuanto a lo social; En relación a su dimensión económica se encuentran: los ingresos, las pensiones, educación, vivienda y la ocupación de los familiares.

En consecuencia para tratar esta situación, a nivel mundial la Organización de Las Naciones Unidas (ONU), plantea que “Los adultos mayores son sujetos de derechos universales y específicos” (Peñailillo, 2009, p. 4), esto se encuentra establecido en la Declaración de los Derechos Humanos que es el primer ordenamiento jurídico que protege los derechos del adulto mayor el cual establece que son grupos vulnerables que poseen derechos específicos, ya que no están integrados en una actividad productiva , Peñailillo (2009) opina lo siguiente:

Los reconoce como los llamados grupos vulnerables o titulares de derechos específicos... Los Adultos Mayores como grupo vulnerable, pueden ser representados en relación a la economía, como sector pasivo, como personas que no están integradas a la actividad productiva, cuya precarización se manifiesta, entre otras cuestiones, en la desigualdad de acceso a una situación de bienestar social.(p. 5)

En consecuencia para tratar esta situación, a nivel mundial la Organización de Las Naciones Unidas (ONU), plantea según Peñailillo (2009) que “Los adultos mayores son sujetos de derechos universales y específicos” (p. 4). Esto se encuentra establecido en la Declaración de los Derechos Humanos que es el primer ordenamiento jurídico que protege los derechos del adulto mayor el cual establece que son grupos vulnerables que poseen derechos específicos, ya que no están integrados en una actividad productiva, al respecto Peñailillo (2009) opina lo siguiente:

Los reconoce como los llamados grupos vulnerables o titulares de derechos específicos... Los Adultos Mayores como grupo vulnerable, pueden ser representados en relación a la economía, como sector pasivo, como personas que no están integradas a la actividad productiva, cuya precarización se manifiesta, entre otras cuestiones, en la desigualdad de acceso a una situación de bienestar social (p. 5).

En función a esto cabe destacar la preocupación y los postulados de otras organizaciones internacionales, entre ellos, la Organización de Estados Americanos (OEA), en su Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador 1988. Se refiere a los adultos mayores, de la siguiente manera:

Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados Partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a: a) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por sí mismas; b) Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos; c) Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos. (Peñailillo 2009, p. 6).

La postura de los derechos humanos universales, está enmarcado, en los lineamientos de la OEA y establece que toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad.

Es así como la OEA compromete a los Estados Americanos a promover y crear instituciones dedicadas a la atención integral del adulto mayor en el área de salud, alimentación, trabajo, recreación, vivienda etc. En tal sentido, las políticas públicas y políticas sociales locales deben brindar al adulto mayor una protección integral y oportuna que asista a la satisfacción de sus necesidades, en el cumplimiento de sus derechos como seres humanos en situación de vulnerabilidad.

Con respecto al tema, la comisión económica para América Latina (CEPAL) presenta proyecciones, “en términos absoluto, entre los años 2000 y 2025, 57

millones de personas se están incorporando y se suman a los 41 millones existente y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones de personas” (Olivo y Piña, 2009, p. 15) en consecuencia, las personas de 60 o más años para el 2050 serán un 8% de la población total; en otras palabras, cada uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor. Estas variables suponen nuevos desafíos en materia de políticas sociales y económicas, lo cual implica el surgimiento de nuevos problemas para los involucrados, donde se destacan:

El retiro laboral, los problemas de salud y cambios vitales, tales como la pérdida de la pareja, la partida de los hijos y las modificaciones en la estructura familiar (crecimiento de la participación laboral de la mujer, y mayor distancia entre los miembros de la familia).

En consecuencia, el envejecimiento es un fenómeno mundial por el cual pasan todos los seres vivos y que está en constante incremento. Venezuela no está exento como país a este fenómeno y presenta unas cifras que han sufrido un considerable crecimiento, según las proyecciones al 30 de junio, calculada en el segundo trimestre del año 2013, con base al censo del 2011 del Instituto Nacional de Estadística, el volumen de la población total era de 30.235,277 habitantes, de los cuales el 5,95 % (1.620.499) estaba representado por adultos mayores, distribuidos en todo el territorio nacional, con una esperanza de vida de 75,1 años.

En este orden de ideas, las proyecciones de la población Venezolana Según el censo realizado por el INE (2011), para el año 2050 es de una población total de 40.500.761 personas, de los cuales 7.207.826 serán adultos mayores, con una esperanza de vida de 79,22 años, por lo tanto, el incremento de los adultos mayores se hace cada vez más notorio en el país.

Es importante acotar, la población total de adultos mayores ubicada en la Parroquia Altigracia por ser este el contexto en donde se realizará la investigación,

en el Distrito Capital se encuentran ubicados 159.585 adultos mayores y el 9.4 % (15.009) de esta población está ubicada en la parroquia Altagracia. (www.INE.gob.ve, censo 2011, consultada el 25/08/2015).

Históricamente el Estado ha creado y modificado diversos mecanismos de protección para el adulto mayor, entre sus primeros el Patronato Nacional de Ancianos e inválidos (PANAI) creado el 23 de Noviembre de 1949 bajo el Decreto N° 338, publicado en Gaceta Oficial. N° 23.089 el 2 de diciembre de ese mismo año, con carácter de instituto autónomo y adscrito al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Los primeros años de vida de este instituto fue señalado por el carácter benéfico de sus programas y la ausencia de personal calificado, en 1958 y durante la conducción del Doctor Joaquín Quintero Quintero, se sitúan los primeros avances dirigidos a tecnificar la atención de los ancianos e inválidos en Venezuela.

Sin embargo, surgiendo la necesidad de actualizar y ampliar la cobertura de los establecidos programas sociales para brindarles una respuesta efectiva y oportuna a los adultos mayores en 1977 a través de la aprobación de un instrumento jurídico se modifica la estructura de PANAI, de este modo Ramírez (1999) plantea lo siguiente:

Después de 28 años, 8 meses y 28 días, percibiéndose la necesidad de darle a la institución un nuevo perfil, en sintonía con la gerontología moderna, el senador Pablo Herrera Campins es ponente-ante el Congreso de la República- de un proyecto de Ley para la reestructuración de lo existente. El instrumento legislativo aprobado se conoce como Ley del Instituto Nacional de Geriatria y Gerontología. (p. 107).

El Instituto Nacional de Geriatria y Gerontología (INAGER) para 1995 alcanzó grandes desarrollos técnicos y estructurales, elevando a veintiocho el número de residencias geriátricas distribuidas en todo el territorio nacional, a su vez realizo la instrumentación de otras series de programas y sub-programas que

aumento la cobertura real del instituto. Ramírez, (1999), establece en las conclusiones de su investigación lo siguiente:

Las actuales políticas sociales implementadas por el Estado Venezolano, para la protección del anciano, a través del INAGER, no se corresponde con la realidad ni con la demanda de satisfacer las necesidades de este grupo... Los servicios derivados de las políticas sociales del estado venezolano, a través del INAGER, son insuficientes para satisfacer la demanda real y su calidad es baja. (p. 191).

Siguiendo este mismo orden de ideas, para el año 2005 la institución sufre nuevamente cambios estructurales y jurídicos ampliando los límites de su cobertura, según la Ley de Servicios Sociales (2005) en su disposición transitoria primera, ordenó la reestructuración del Instituto de Geriátrica y Gerontología (INAGER), creado en 1978, cambiándole el nombre a Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS), para adaptar su estructura, organización y funcionamiento a los principios, bases y lineamientos establecidos en dicha ley, en consecuencia, quedó a cargo del INASS el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas.

El INASS es una entidad vinculada al Ministerio del Poder Popular Para las Comunas y Protección Social, cuyo fin es garantizar el bienestar, la inserción social y el respeto a los derechos del adulto mayor a través de su intervención activa en la sociedad, para que así se sientan útiles y no excluidos de la sociedad, por lo cual tiene como responsabilidad preocuparse desde el punto de vista preventivo, social, monetario y cultural por los adultos mayores, sin embargo, Fernández (2012) opina lo siguiente:

Hasta ahora, el gobierno nacional ha implementado ciertos programas para extender la protección social a las personas de la tercera edad, pero estos se ha centrado básicamente en

garantizarles una prestación económica, la mayoría de las veces equivale a un salario mínimo, y en todo caso se trata de medidas espasmódicas o coyunturales (consideradas por las propias autoridades como excepcionales), que han permitido atender a un grupo vulnerable de la sociedad, pero no resuelve el problema en sus raíces, al no establecer mecanismos de protección para aquellos que aún no han llegado a la edad de retiro y que podría estar contribuyendo al sostenimiento del sistema de seguridad social en la actualidad y a futuro. (p. 216).

Para el 2015 según cifras del INASS, el Estado venezolano cuenta con 38 geriátricos a lo largo de todo el país. En pro de mejorar las condiciones del adulto mayor el INASS cuenta con programas como las Gerogranjas, un servicio de Terapia Ocupacional Agroproductiva que va dirigido al Adulto Mayor en búsqueda de beneficiarlos económica y ocupacionalmente, integrándolos a una sociedad como seres activos y productivos; existen entes no gubernamentales que brindan protección a los adultos mayores en estado de abandono entre los que destacan casas de reposos de origen filantrópico como las adscritas al Servicio de Seguro Social.

Estas instituciones fueron creadas en búsqueda de brindar apoyo a una población importante como es el adulto mayor en su proceso de envejecimiento, el cual trae consigo enfermedades crónicas degenerativas, requiriendo más de los servicios de salud. “El adulto mayor en algunas familias, es rechazado, aislado, se les ve frecuentemente como un estorbo del que tratan de deshacerse, por lo que se les interna en instituciones donde se cree que vivirán mejor y más cómodamente” (Zúñiga y otros, p. 135).

Actualmente las familia poseen un ritmo de vida que evita que se le dedique el tiempo y la atención necesaria que merecen los adultos mayores, en consecuencia se sienten más desprotegidos, sufriendo así una desvalorización como persona, de

respeto de su dignidad, a su condición de ser humano, “creándoles con ello un sentimiento de inutilidad que aumenta fuertemente al momento en que se les ingresa a una institución”. (Zúñiga y otros, 2012, p. 136).

Para Zuñiga y otros (2012) “El abandono del adulto mayor ha aumentado considerablemente en muchas partes del mundo, este problema no sólo existe en el seno familiar, sino que también se está presentando en las instituciones de salud” (p. 138). El abandono del adulto mayor en los hospitales es una realidad que debe afrontarse y tomarse en consideración. Es importante acotar, que se está creando una nueva modalidad, ya fortalecidas en otros países de Latinoamérica, que es abandonar al adulto mayor en instituciones de salud, para que estas instituciones se hagan cargo y le garanticen las condiciones necesarias para subsistir. Esta problemática se viene dando tanto a nivel mundial, nacional y local, según Zúñiga y otros (2012) en su escrito “se registra un promedio de seis a ocho ancianos abandonado mensualmente en Chile y en México 30 adultos mayores son abandonados al mes en las diferentes instituciones públicas de salud” (p.135)

Venezuela no escapa de esta realidad en un artículo del periódico Últimas Noticias (Blanca González, 07-07 de 2015:6) establece, que “los adultos mayores con padecimientos propios de su edad son abandonados a su suerte en los hospitales, donde generalmente los ingresan y después nadie ve por ellos”, en dicho artículo también se hace mención al abandono de un adulto mayor de 83 años sexo femenino en las puertas de la sala de emergencias del hospital José María Vargas. Esta situación se ha convertido en un problema social, que trae consigo enfermedad, discapacidad, pobreza, exclusión, marginación, desamparo y abandono por lo que se acentúa más la necesidad de atención y de protección social al adulto mayor.

En consecuencia, lo prolongado de este proceso coloca en desventaja al adulto mayor en estado de abandono dentro de los hospitales, a partir del momento en que es

dado de alta el adulto mayor este riesgo de contraer nuevas infecciones por el desgaste crónico degenerativo de su organismo según Egui Luz (2004):

Se ha observado con frecuencia que cuando el adulto mayor se enferma y lo institucionalizan es abandonado por su familia, causándole más angustia y riesgo de contraer infecciones cuando es dado de alta, por permanecer innecesariamente más tiempo en el hospital, originado a su vez sobrecarga de trabajo y gastos excesivos a la institución de salud. (p.144).

El Hospital José María Vargas de Caracas entre sus funciones como centro de salud atiende adultos mayores en estado de abandono, ofreciendo asistencia en cuanto a servicio de salud y nutrición, el departamento de Trabajo Social ofrece un abordaje integral a esta población, que implican procedimientos administrativos teniendo como principio ubicarlos en una casa hogar bien sea del Instituto Venezolano de Seguro Social (IVISS), del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS) o con organismos religiosos, ante la creciente situación de abandono de los adultos mayores en hospitales exalta la necesidad de conocer ¿cuál es la condición que atraviesan los adultos mayores en situación de abandono en el Hospital José María Vargas una vez que son dado de alta? , ¿Cómo es el proceso administrativo para la ubicación de los adultos y mayores en casas hogares?

De acuerdo a lo señalado, se hace oportuno indicar las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la situación objeto de intervención a partir de la realidad que presentan los Adultos Mayores en situación de abandono en el Hospital José María Vargas?

¿Qué variables influyen en la calidad de vida de los Adultos Mayores en situación de abandono en el Hospital José María Vargas?

¿Qué sucede una vez que son dado de alta los Adultos Mayores en situación de abandono en el Hospital José María Vargas?

¿Cuánto tiempo tarda la institución en ubicar al adulto mayor en un hogar sustituto?

¿Cuáles son las estrategias implementada por los trabajadores sociales para abordar la situación de abandono de los adultos mayores en el Hospital José María Vargas?

1.1. Objetivo General

Analizar la situación del adulto mayor en estado de abandono del Hospital José María Vargas. Distrito Capital. Caracas. Año 2015-2016.

1.2. Objetivos Específicos

Describir la situación objeto de intervención a partir de la realidad que presentan los adultos mayores en situación de abandono en el Hospital José María Vargas. Identificar el proceso de selección de las instituciones especializadas en el área para el ingreso en hogares sustitutos de los adultos mayores en estado de abandono.

Determinar la actuación de los trabajadores sociales en el abordaje del adulto mayor en estado de abandono en el Hospital José María Vargas.

Caracterizar los factores de riesgos que presentan los adultos mayores en estado de abandono en el Hospital José María Vargas.

1.3. Justificación

Desde la perspectiva del aporte teórico, se podrá conocer todo lo relacionado al tema desde sus bases conceptuales, definiendo cada uno de los elementos que forman parte del proceso que atraviesan los adultos mayores en situación de

abandono del Hospital José María Vargas para ingresar en casas hogares o geriátricos, a través de una exploración e indagación de informaciones vinculadas al tema.

Intrigados y preocupados por las condiciones de vida de los adultos mayores, ejerciendo desde nuestra disciplina el rol de investigador social surge la motivación de desglosar los aristas que influyen, o en los que se ven envueltos los adultos y adultas mayores abandonados en los hospitales, si bien las estadísticas no son alarmante si supone materializar las primeras investigaciones que puedan servir como antecedentes a otras investigaciones relacionadas con el tema, evidenciando lo importante que es el Trabajo Social dentro de las diferentes instituciones, para el logro del éxito de toda organización que desea mantener el avance y mejoramiento en sus funciones, por tal motivo se pretende evidenciar las condiciones sociales en las cuales se encuentran las personas mayores de dicha institución.

Por otro lado, en lo que respecta a lo social se beneficiara de igual forma los investigadores y la población sometida a estudio, específicamente los empleados y adultos mayores que asisten al Hospital José María Vargas; ya que el desarrollo del presente trabajo servirá como herramienta para conocer el ambiente en que viven estos adultos mayores.

En lo relacionado al aporte práctico: éste se refiere a la puesta en práctica de los conocimientos que se lograrán obtener a través de la realización de la presente investigación, ayudando a destacar la importancia que tiene el poder Analizar la situación de abandono de los adultos mayores en el Hospital José María Vargas. Distrito Capital. Caracas. Año 2015, evidenciando que el propósito fundamental de toda entidad que preste este tipo de ayuda, debe contar con los recursos humanos y materiales idóneos que garanticen un bienestar a la población adulta

Aun cuando el envejecimiento no es una enfermedad ni tiene por qué ser causa de crisis económicas ni políticas se cuenta con sistemas integrales de apoyo que están encargados de mejorar su calidad de vida, al promover y facilitar la actividad física, mental, la salud, la vigencia de los derechos de estos, así como su participación activa en la sociedad. Los mismos no tienen una problemática distinta al resto de la población por el hecho de su edad sino por las situaciones de padecimiento, discapacidad y la falta de ingresos económicos que puede generar el proceso natural de cualquier ser viviente, como es el envejecer.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

El abandono que sufre la tercera edad es una problemática claramente en aumento, son innumerables las historias sobre el descuido y destierro que sufren estas personas en su núcleo familiar, los cuales son llevados a centros geriátricos, casas de reposo y hospitales, dejándolos a su suerte.

El Objetivo de la investigación es describir la percepción del adulto mayor hospitalizado en relación con el abandono de sus familiares, Zuñiga y otros (2012) Estudia al ser humano como un todo, y fundamenta su investigación en que establece una relación entre los conocimientos de una persona con los estímulos y la organización e interpretación de las cosas; como el sujeto percibe el entorno donde se desenvuelve y su papel en la dinámica de ese entorno.

Según Zuñiga y otros (2012) dentro del marco de la calidad de vida la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994 define la calidad de vida como:

1. La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. 2. La percepción es un proceso de adquisición de la información a través de la integración estructurada de los datos que proceden de los sentidos. 3. Define la percepción como la capacidad activa (constructiva) de captar objetos, organizándolos y dándoles un sentido. La percepción implica un proceso de atención, selección, organización, integración e interpretación de las sensaciones recibidas. (p.136).

En este sentido, los autores tomaron como referencia el estado civil, ocupación y la escolaridad de los adultos mayores hospitalizados para el desarrollo de

su investigación; manejando conceptos de abandono definidos por especialista en el tema como Ruiperez y Llorente (2007) quienes plantean que “el abandono o negligencia, se considera como la no administración de los cuidados o supervisión necesaria respecto a: alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados”(p. 144), los resultados determinaron que el 51% de los adultos mayores eran viudos, 34% casados, 10% divorciados; de los cuales 49% de los viudos se perciben muy y totalmente abandonados. El 53% siente que son una carga para la familia, 18% creen que es por su vejez y el 13% por su enfermedad, 34% se sienten abandonados en el hospital, 33 % no recibe visitas desde que lo hospitalizaron, 67% sí los visitan, al 44% quienes los visitan son sus hijos.

En consecuencia, se determinó que el adulto mayor se percibe abandonado tanto en sus hogares como en el hospital y cree que sus familiares los hospitalizaron porque no los pueden cuidar, este planteamiento es de vital importancia para el fundamento del problema de investigación, nuestro objeto de estudio, se adapta a su perspectiva, por lo que resulta enriquecedora para su desarrollo.

En este orden de ideas, cabe destacar, un artículo publicado titulado “**No hacen viejos los años sino los daños: Envejecimiento y salud en varones rurales**” por Salgado, González y Ortiz (2005), quienes plantean en su investigación el análisis de los factores sociales asociados al estado de salud de hombres mayores de 60 años que viven en contextos rurales.

Los autores basan su investigación, desde la perspectiva de calidad de vida; establecen que el envejecimiento es un proceso marcado por varios factores que determinan la calidad de vida, entre los que destacan el apoyo social, las relaciones afectivas, la alimentación, las condiciones económicas, las condiciones físicas, salud y vivienda que se van combinando y permiten encontrar una amplia gama de modos de envejecer, La investigación determinó que los adultos mayores hombres “requieren más familiar que las mujeres, debido a que la red social que construyen a

lo largo de su vida suele estar basada principalmente en las relaciones que establecen en el ámbito laboral” (Salgado y otros, 2005, p. 296).

Los estudios realizados son pertinentes y se adecuan al desarrollo de nuestra investigación, en cuanto, toma en consideración la satisfacción de necesidades elementales para el adulto mayor como eje transversal, para determinar estilos de vida y modos de envejecer en el marco de la calidad de vida.

En este contexto, es importante señalar, la investigación realizada por García (2000), titulada “**análisis sociológico del anciano en abandono**” la cual consistió, en la descripción de los factores que excluyen al adulto mayor del entorno familiar y social, provocando sensación de soledad y abandono.

El autor determinó que “existen patrones culturales donde la juventud es símbolo de fuerza y poder, marginando al senescente y desvalorizando la vejez” (García, 2000, p. 2). En consecuencia, se considera oportuno el contenido de esta investigación que aborda el tema del abandono al adulto mayor y describe la intervención de patrones culturales; transición demográfica, el éxodo de los campesinos de la zona rural a la ciudad, la creación de nuevos urbanismo en el marco de la industrialización. Estos factores modificaron el modo de vida y fueron restándole espacios al adulto mayor, por lo tanto, inciden directamente en el abandono de los adultos mayores en las instituciones de salud por lo cual, tomaremos como referencia esta investigación.

2.2 Teoría Para la comprensión del adulto mayor.

Dentro de las diferentes teorías que sustentan la investigación, se puede entender como adulto mayor, una persona a partir de los 65 años de edad, en la actualidad, la prolongación del promedio de vida y la proporción creciente de la

población de adultos mayores, ha determinado su clasificación en dos etapas: temprana y avanzada.

La vejez para los espartanos era sinónimo de sabiduría, tener una edad avanzada o prolongada significaba poseer un cúmulo de experiencias, de conocimientos adquiridos a lo largo de la vida, a tal efecto Calderón (2003), plantea:

El término gerontología, viene del griego, “**gerontes**”, palabra que se empezó a utilizar en Esparta, para designar a los magistrados junto con el rey y gobernadores de la nación, estos no podían ser elegido antes de los sesenta años, porque consideraban que después de esta edad, tenían la sabiduría suficiente para enjuiciar. Ahora la gerontología es la ciencia que se ocupa del estudio de la vejez y sus manifestaciones, sus características psíquicas, físicas y sociales, o sea que se ocupa del estudio del viejo, de forma bío-psico-social. (p. 30).

La concepción sobre la vejez ha sufrido grandes transformaciones a lo largo de los años, puesto que se ha segregado, aislado, excluido al adulto mayor de los diferentes ámbitos sociales, históricamente desde el Medioevo hasta la actualidad ubicándolo como una carga social, porque no puede autosatisfacer sus propias necesidades, en aras de comprender los espacios de los cuales han sido desplazados los adultos mayores se comentará la evolución del concepto de la vejez, la perspectiva teórica geriátrica del envejecimiento, así como las llamadas teorías del envejecimiento. Estos análisis permitirán orientar la investigación.

2.2.1 Evolución del concepto de vejez.

la vejez como un hecho ligado a la cultura y no solo biológico, en tal sentido Martínez, Polo y Carrasco (2002) en su libro *Visión histórica del concepto de vejez*

desde la edad media, plantean que la vejez ha variado en las distintas culturas y a través del tiempo enfatizando sus estudios en la edad media, hasta la actualidad.

Considerando que para interpretar la situación de la población adulto mayor, es fundamental identificar las actitudes y creencias de diferentes sociedades respecto a la vejez y los conceptos que de ella se han formado, “desde el inicio de la edad media en una sociedad basada en el militarismo y la fe, la fuerza física es imprescindible para la guerra, la vida del anciano y que ya no puede luchar no vale nada” (Martínez y otros, 2002, p. 41) desde el punto de vista cuantitativo la edad de inicio de la vejez para el hombre medio evo se sitúa alrededor de los 50 años, momento en que comienza su debilidad física.

Para el cristianismo la fealdad del adulto mayor es imagen de pecado, consideran la vejez un mal, un castigo divino, y por el contrario el paraíso es el lugar de la eterna juventud, incluso una persona de tercera edad que gozase de buena salud solo podía explicarse por una intervención diabólica. Esta perspectiva de la vejez es heredada de los escritos del antiguo testamento y de la tradición greco romana.

Los autores en este contexto señalan: Los adultos mayores dependen de la voluntad de su familia solo una minoría perteneciente a una clase económica privilegiada acudieron a monasterio a buscar su salvación eterna. Este retiro de modo voluntario inicia en la concepción moderna del aislamiento del adulto mayor, en consecuencia en la edad media segrega a este y lo aísla, se construye una imagen negativa, que se manifiesta en las novelas y poesías de la época influyendo con más fuerza en la mujer adulta mayor sola y pobre es comparada con fuerzas del mal, rasgo característico del pensamiento religioso de la edad media.

La edad moderna marcada con el surgimiento del renacimiento europeo exalta la juventud siendo la vejez presagio de decadencia y muerte se muestra en sus intentos de prolongar la juventud a través de la medicina, magia, la alquimia la religión y la filosofía lo que implica un rechazo al proceso natural de envejecer.

En todo este periodo las actitudes generales de atención al adulto mayor eran similares a las anteriores, el rico seguía dependiendo de su familia y mantuvo la tendencia al retiro monástico. Mientras el campesino y el artesano dependían fundamentalmente de su familia, la iglesia socorria a los necesitados en asilos y hospitales fundados pero estos asilos eran muy insuficiente.

Desde el punto de vista político muchos adultos mayores estuvieron al frente de cargos públicos de gran responsabilidad lo que evidencia una contradicción entre la imagen teórica de este y el rol que desempeñaban algunos de ellos lo que provocó que la crítica literaria bajara su tono y se concede a la vejez mayor valor.

Las empresas eran familiares y el jefe el miembro de mayor edad la burguesía en ascenso con una ideología que valorizó la vejez como símbolo de unidad y permanencia y a través de ella la trasmisión del capital base del individualismo burgués.

La edad contemporánea está enmarcada por tres fenómenos que transformaron la sociedad europea, la revolución industrial, el éxodo rural que inició el crecimiento urbano y el desarrollo de una nueva clase social (el proletariado) los avances científicos tecnológicos, la aparición de las maquinarias modificaron las relaciones de producción lo que fue nefasto para el adulto mayor por no poder soportar el ritmo de trabajo y quedando privados de empleo, con carencia de cobertura económica y reducidos a la miseria.

Es importante, comprender la situación histórica del adulto mayor, marcada en las diferentes épocas por la segregación, exclusión, aislamiento, teniendo como eje central la incapacidad del anciano para adaptarse al sistema social, a la estructura de la sociedad y a su estructura de producción, cabe destacar, que es el sistema quien debe crear las condiciones para incluir, promover la participación e integrar dentro de los procesos culturales, sociales y económicos al adulto mayor.

Consideramos este fundamento teórico, esencial para el desarrollo de nuestra investigación, la concepción histórica que se tiene del adulto mayor, facilita la interpretación de la situación actual de la vejez.

2.2.2 Teoría geriátrica del envejecimiento.

Para Villa (2002), Desde una postura geriátrica y siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de algunos países desarrollados el autor plantea su perspectiva del envejecimiento, su definición y edad cronológica a la que se alcanza la vejez y los elementos que la constituyen, abordando también la importancia de los cambios psicológicos a los que habrá de afrontar el adulto mayor.

Desde el punto de vista médico la vejez es un proceso que disminuye poco a poco la vitalidad humana. El umbral del desarrollo máximo del ser humano se sitúa a los 30 años de edad en consecuencia a partir de allí inicia la disminución de las funciones corporales, sin embargo es a partir de los 60 años que alcanza su vejez.

Otro de los aspectos que considera el autor, es el aspecto cultural las diferencias entre nuestra cultura, la oriental y la asiática, en esas culturas llegar a esa edad representa un gran logro que casi siempre va acompañado de celebraciones y festejos en contraste con las occidentales en la cual casi nunca es motivo de júbilo.

Por lo tanto, el autor plantea en este capítulo la trascendencia de conocer el envejecimiento habitual tomando en cuenta que en la medida de que nuestros hábitos y medio ambiente sean saludables los cambios fisiológicos ocurrirán de manera natural o por lo contrario si no se lleva una vida sana se empezará a notar los síntomas del envejecimiento muy tempranamente.

En consecuencia planteado el significado de la teoría sobre el envejecimiento en función de los objetivos de la presente investigación se empleará su contenido en

aras de comprender la situación de salud por las que atraviesa el adulto mayor en general y en específico los adultos mayores en estado de abandono.

2.2.3 Argumentos teóricos sobre el envejecimiento.

Es necesario hacer un análisis de las principales perspectivas teóricas utilizadas en América Latina para el desarrollo de investigaciones, para entender el envejecimiento como un fenómeno social que implica procesos culturales, sociales y económicos. A continuación se presenta una tabla que recoge estas teorías:

Cuadro N° 1. Teorías del envejecimiento.

Autores	Teorías
Cowgill (1974)	<p>Teoría de la modernización: plantea la existencia de factores que acompañan el proceso de modernización, como aumento de la población anciana sobre el total, cambio en el tipo de conocimiento dominante, la extensión de la educación, sustitución de la familia extensa por el modelo nuclear producto del surgimiento del nuevo urbanismo.</p> <p>En conclusión, a medida que aumenta el grado de la modernización de la sociedad disminuye la valorización social de la vejez.</p> <p>Debilidades: 1) intento de homogenizar al anciano, en la medida que aspira ser una teoría general que explique la conducta de los adultos mayores y de la sociedad hacia ellos.</p> <p>2) sus principios no son aplicables a culturas orientales.</p> <p>3) solo toma el recurso de edad para orientar sus investigaciones y no incorpora factores culturales.</p> <p>Fortaleza: manifiesta la importancia de la familia y el trabajo de la conformación social de la vejez.</p>

<p>Mannheim (1982)</p>	<p>Teoría de cohorte y generación: surge de la aplicación de estos instrumentos demográficos en la teoría de la modernidad. Establece que a medida que los individuos cumplen años, cambian social, psicológica y biológicamente, cambian roles y acumulan conocimientos, actitudes y experiencias. A medida que van naciendo sucesivas cohortes, ellas van envejeciendo en diferentes tiempos y responden a experiencias históricas únicas hasta que desaparecen.</p> <p>Por lo tanto el envejecimiento no es inmutable ni está fijo, si no que varía a lo largo y dentro de cada cohorte a medida que la sociedad cambia, el criterio generacional indica una permanente lucha o relación de conflicto potencial entre generaciones que en la actualidad se resuelve a favor de los más jóvenes.</p> <p>Debilidad: el dato bilógico carece de importancia por sí mismo, se basa en realidades puramente bilógicas.</p> <p>Fortaleza:1) el interés de la teoría se centra en las generaciones como agentes de cambio social</p> <p>2) el dato bilógico se combinan con una serie de conceptos que configuran el fenómeno social de la comunidad de pertenencias a una generación. Los cuales son: la posición general, la conexión generacional y la unidad generacional.</p>
----------------------------	---

<p>Pérez Ortiz (1997)</p>	<p>Teoría Ciclo de Vida: utiliza la edad como criterio ordenador. Se vincula estrechamente a la lógica cohorte, establece que la vejez es una etapa más del ciclo vital, así como la niñez, juventud, adultez, en consecuencia no tiene razón de ser una etapa de exclusión social.</p> <p>Debilidad: Excluye el factor cultural sobre la vejez.</p> <p>Fortaleza:1) Permite entender la situación actual del anciano recurriendo al análisis de etapas anteriores a su vida.</p> <p>2) Es la sociedad la que establece las pautas sociales sobre la edad que corresponde a este ciclo.</p>
<p>Teorías derivadas de enfoques funcionalistas y conductistas a partir 1950</p>	
<p>Rosse (1992), Bazo (1990)</p>	<p>Teoría del labileng (etiquetaje): Desde esta perspectiva los ancianos responden más a una identidad impuesta por la sociedad que a un proceso de auto identificación, en consecuencia, las personas ancianas condicionarán su conducta al significado social de la etiqueta, decrepitud, dependencia, enfermedad.</p> <p>Debilidad: La desvinculación social no es causada por la edad sino por otras circunstancias asociadas, tales como la mala salud, la pérdida de las relaciones y la merma de los ingresos.</p> <p>Fortaleza: 1) Incluye factores culturales (salud, condiciones económicas y apoyos sociales)</p> <p>2) Sitúa el envejecimiento en el terreno de las valoraciones sociales y la interacción social.</p>
<p>Elaine Cumming, Willian</p>	<p>Teoría de la desvinculación: esta se basa en que la vejez conlleva inevitablemente a la disminución de la interacción entre el individuo y la sociedad y que este hecho es satisfactorio o funcional para ambas partes.</p> <p>_El abandono permite al anciano desprenderse (a través de la</p>

<p>Henry (1961)</p>	<p>jubilación) de roles y responsabilidades socio laborales que no están en capacidad de asumir.</p> <p>_Se produce el recambio de generaciones viejas por nuevas y más aptas.</p> <p>Debilidades:1) Desde esta perspectiva el adulto mayor es inutilizado, debe prepararse para la muerte y no para vivir su vejez.</p> <p>2) Son los ancianos los que deben adaptarse al sistema.</p> <p>Fortaleza: su método de investigación basado en la desocupación da origen a una nueva teoría, la teoría de la actividad.</p>
<p>Robert Harvighurst (1961)</p>	<p>Teoría de la actividad: Su fundamento central se basa en que el envejecimiento normal implica el mantenimiento de las actividades habituales de las personas por el máximo tiempo posible y por lo tanto, un envejecimiento satisfactorio consiste en permanecer como la edad adulta.</p> <p>Plantea una relación dicotómica de adaptación o inadaptación a un conjunto de normas y pautas definidas por el sistema social.</p> <p>Debilidades: Las personas mayores son consideradas como un grupo no diferenciada internamente, pasa por alto las variables sociales, culturales y personales del adulto mayor.</p> <p>Fortaleza:1) Indaga en las causas que provoca inadaptación de los ancianos.</p> <p>2) Propone la creación de nuevos roles capaces de proporcionar un suficiente nivel de actividad que permita al individuo ajustarse a su nueva situación, sin que ello signifique consecuencias negativas para sus conducta</p>

<p>Arber y Ginn (1996)</p> <p>Guillermard (1992;1994)</p> <p>y alba (1992;1997)</p>	<p>Teoría de la gerontología crítica: La vejez es más una construcción social que un fenómeno psicobiológico y por tanto son los condicionantes sociales, económicos y políticos los que determinan y conforman las condiciones de vida y las imágenes sociales de las personas mayores.</p> <p>Debilidades:1) La base principal está en que en una sociedad industrializada los ancianos ocupan en general, una posición social y económica que es inferior a cualquier otro grupo.</p> <p>2) Solo dependen de unas políticas públicas que puedan ser dirigidas a la vejez.</p> <p>Fortaleza: Funciona para corregir el individualismo de los enfoques anteriores del envejecimiento.</p>
---	---

Nota: Construcción Propia. Paula Aranibar (2001).

Estas teorías acerca del envejecimiento nos conllevan a entender desde diferente punto de vista, la manera como el anciano cae en una etapa transitoria de exclusión y de imágenes negativas, de su ciclo vital dentro de una sociedad determinada, donde solo pueden depender de políticas públicas y no de una dependencia individual. Teniendo esto en cuenta, podemos observar la importancia que tiene el adulto mayor a depender de él y no de unas políticas que no se ajustan a la realidad que este grupo de la población vive.

Si tenemos claro la importancia de estas teorías, podemos establecer un proceso que permita diseñar políticas públicas en función de este grupo etario, en consecuencia, se utilizará el contenido de estas teorías para la comprensión de la situación del adulto mayor.

2.2.4 Adulto Mayor y Bioética.

La bioética es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios para la conducta correcta del humano respecto a la vida, tanto de la vida humana como de la vida no humana (animal y vegetal), así como al ambiente en el que pueden darse condiciones aceptables para la vida.

Sin embargo para Kottow (1995) la bioética, no solo se reduce a entender la conducta de un individuo en lo que respecta al campo médico, además suele entender, aquellos problemas morales que se suscitan en el transcurrir de la vida cotidiana, ampliando su objeto de estudio y atención hacia otros temas como ser el correcto y debido trato a los animales y al medio ambiente.

El envejecimiento como fenómeno biológico, histórico y social tiene sus propias particularidades en cuanto a moral se refiere. La actividad del adulto Mayor está dirigida a su autoafirmación, que puede o no corresponderse con lo que el grupo social al que pertenece espera de él y que pueden no estar totalmente esclarecidas pues las normas morales establecidas para una generación pueden no serlo para otra.

Este mismo autor indica que como puntos de análisis para los problemas morales del adulto mayor se pudieran considerar los siguientes dilemas bioéticos en la vida del mismo:

La relación anciano-anciano: en este aspecto se pueden generar conflictos dependientes de la rigidez que caracteriza a esta etapa de la vida así como de la experiencia previa acumulada y el grado de desarrollo intelectual y espiritual que haya alcanzado cada uno en particular, en resumen, en dependencia del grado de autoestima del anciano este reaccionará ante el medio que lo rodea, esta cualidad, como veremos más adelante, va a ser determinante en todas las esferas de la vida.

La relación anciano-grupo social: a través de la historia la relación del anciano con la sociedad ha variado, esta se ha movido desde la franca veneración, en algunas culturas, hasta la visión de ser no productivo y consumidor. El anciano soporta constantemente la presión de la sociedad sobre sí mismo, en los momentos actuales en que se rinde culto a la velocidad, la tecnología, la eficiencia y la juventud se olvidan con frecuencia la sabiduría y la experiencia, se establecen así conflictos en cuanto al papel social del individuo de la tercera edad

La relación anciano-familia: los conflictos se generan a partir de las diferencias generacionales, entremezclados con aspectos afectivos que matizan este tipo de relación, pueden tener un espectro característico muy amplio que puede ir desde la sobreprotección hasta el maltrato.

La relación anciano-trabajadores de la salud: el adulto mayor es un ser con grandes necesidades insatisfechas y trastornos en ocasiones invalidantes que abren las puertas a situaciones legales y éticas, esto puede llegar a colocar al trabajador de salud en situaciones de conflicto que rara vez pueden ser solucionadas solo con los conocimientos técnicos, fundamentalmente si tenemos en cuenta que la salud es el pleno disfrute biológico, psicológico y social de la existencia.

El equipo de salud movido por los principios de beneficencia-no maleficencia, y casi siempre desde una posición paternalista, rara vez -aunque se lo proponga- conseguirá alcanzar una relación dialógica. El adulto mayor enfermo que actúa bajo el impulso de su autonomía, tomará en ocasiones una decisión precipitada, conservadora en exceso o errónea, atendiendo a criterios de salud adquiridos durante una larga existencia y que generalmente son de muy difícil modificación. Se generan conflictos que atentan contra la autoestima, la percepción de la propia salud y la satisfacción de los servicios recibidos; razones que plantean nuevas interrogantes al dar origen a depresiones reactivas de difícil manejo

El anciano ante la institucionalización: La influencia de la realidad socioeconómica en la calidad de vida del adulto mayor, revelan elementos de interés que demuestran la necesidad de intervención multisectorial en estos problemas, que pueden llegar a constituir barreras si no se toman las medidas necesarias para su solución. Se generan conflictos que atentan contra la autoestima, la percepción de la propia salud y la satisfacción de los servicios recibidos en el anciano institucionalizado.

El discurso bioético, referido a las experiencias comunes del adulto mayor, ha tendido a focalizarse en los temas conflictivos que se originan en la atención de largo plazo, el principal valor que este discurso sustenta es el de autonomía, entendida como auto-dirección al introducir la cultura, la corporalidad y la subjetividad del anciano, la bioética del cuidado de largo plazo se desplazará hacia un concepto de ética y adulto mayor.

2.3. Bases Teórica para la comprensión de las Necesidades Humanas.

Las necesidades humanas han evolucionado junto con la sociedad, en sociedades primitivas las necesidades se adaptaban a un contexto determinado basadas en las relaciones sociales de producción que la determinaban los medios de producción. “En la industrialización y post industrialización el estudio de las necesidades adquieren una mayor relevancia” Kehl (1993) (citado por Puig, Sabater y Rodríguez, 2012, p. 1).

En este contexto las necesidades humanas, se estudiaban y analizaban desde criterios marcados por la productividad y la acumulación de capital, donde era el progreso del sistema capitalista quien podría satisfacer las necesidades humanas.

Después de la declaración de Cocoyoc en México 1974 las necesidades humanas se entienden “desde el sentido de desarrollo de los seres humanos y no en

sentido de desarrollo de países o producción de bienes materiales” (Puig y otros, 2012:1).

Los planteamientos que narraremos a continuación se adaptan a dos enfoques: relativista y universalista, el relativismo propone que las necesidades giran en torno a diversos factores como el sexo, la edad, la raza, la cultura y las normas sociales, por lo tanto, implica particularidades específicas de los individuos, el segundo enfoque entiende las necesidades humanas como universales, son las mismas para todos los miembros de una sociedad, no existen distinción de raza, edad y sexo, de esta manera se expondrán diferentes concepciones filosóficas de las necesidades humanas.

De este modo el siguiente esquema presenta las teorías de la necesidad a partir de diferentes concepciones, desde el Punto de vista de carencias, Desde la motivación y satisfacción o valor de uso y valor simbólico, Como impulso a través de un bienestar, Auto gestión personal.

Cuadro N° 2. Teorías sobre las necesidades.

Autor	Concepción	Fundamentos	Visión
Carl Marx (1844)	Punto de vista de carencias	Se centra en el concepto de escasez o carencias; falta de bienes para cubrirlas y superarlas. Producto de la imposición de un sistema al sujeto como prioridad para poder continuar su vida individual.	Universalista sociológico.
Malinowski (1944)	Como valor de uso y valor simbólico	Todo objeto en la sociedad, primitiva respondía a una necesidad de uso. El ser humano tiene que satisfacer ciertas necesidades y la satisfacción debe buscarla en lo social y lo individual utiliza los objetos como expresión simbólica.	Relativista funcionalismo antropológico
Maslow (1954)	Como impulso, a través de un bienestar.	Indica una fuerza motivadora generada por un estado de carencia, la consecución de necesidades es crecientes y jerarquizada, se aplica a las necesidades básicas como a los principales criterios para el desarrollo humano desde el punto de vista individual.	Relativista psicológico.
Len Doyal y	Auto gestión	Las necesidades se construye socialmente	Universalista

Lan Gough (1994)	personal.	pero también son universales Son primordiales tanto las necesidades básicas como las intermedias, representan el pilar central del desarrollo humano, ya que para estos autores se define en la salud física y autonomía, para el impulso y capacidad individual.	funcional.
Max Neef, Elizalde Hopenhay	Desde la motivación y satisfacción	Las necesidades: son finitas y universales. Los satisfactores: son históricos y culturales (cambian según la sociedad y momento histórico). Se clasifica Las necesidades en dos categorías: existenciales y axiológicas, ambas se interrelacionan e interactúa por lo tanto, no existe jerarquía o prioridad entre ellas.	Universalista.

Fuente: construcción propia. Ballester (1999), Nilda Gladys (2008) y Puig y otros (2012).

La satisfacción de las necesidades son primordial para el desarrollo humano, es la manera en que las personas puedan subsistir en función de tener una mejor calidad de vida, la falta de seguridad y protección que poseen los individuos los conlleva a un estado de carencia donde el desarrollo del sujeto se encuentra afectado, según Puig y otros (2012) nos señala la existencia de dos grandes debates teóricos sobre la necesidades humanas que es la universalista y la relativista y nos indica:

Que sostiene que las necesidades básicas de todos los seres humanos son fundamentalmente las misma, sea cual sea su raza, sexo, edad o cultura y por otro lado, las teorías relativista, que intentan negar la noción de las necesidades humanas como universales, determinando que las necesidades son distintas en función del sexo, edad, raza, cultura, normas sociales adquiridas y percepción individual (p.7).

Aquí observamos como la universalista nos señala que la necesidad que suele tener cualquier persona es la misma para toda la demás, donde nos indica un tipo de necesidad social y colectiva mientras que la relativista nos habla de que las necesidades de un sujeto son distinta a las otras personas ya que cada individuo posee sus propias necesidades.

En este contexto, se considera que las necesidades humanas son las mismas en todos los ámbitos culturales y momentos históricos, siendo los satisfactores los cambiantes a través del tiempo y las culturas, este conjunto de teoría permite visualizar el ámbito específico de las necesidades de los adultos mayores, la situación de abandono concreta la especificidad de carencias y necesidades.

2.3.1 Teoría de Desarrollo a Escala Humana.

Max Neef, Elizalde y Hopnhayn (2010), plantea que las necesidades humanas son las mismas en todas las culturas y momentos históricos, siendo los satisfactores los cambiantes a través del tiempo y las culturas, no vinculándose las necesidades con el crecimiento económico, sino con el desarrollo personal.

El desarrollo a escala humana tiene como objetivo la dependencia y la articulación orgánica de los seres humanos con el medio ambiente y los avances tecnológicos, los procesos globales con los locales y la sociedad civil con el Estado, implica una relación Estado-Sociedad basada en la participación social de los individuos y la profundización de la democracia, que sean los actores sociales quienes decidan soluciones creativas desde abajo hacia arriba “ y resulten más congruentes con las aspiraciones reales de las personas” (Max Neef y otros 2010, p. 12)

En este sentido el autor plantea la combinación de dos categorías: Las Necesidades Existenciales: ser, tener, hacer y estar, y Las Necesidades Axiológicas: subsistencias, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

Estas categorías se interrelacionan entre sí, en consecuencia un satisfactor puede satisfacer varias necesidades, pudiendo “contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades o, a la inversa, una necesidad puede requerir de diversos satisfactores para ser satisfecha” (Max Neef y otros, 2010, p. 17). La combinación de estas categorías supone la creación de una matriz para facilitar su entendimiento.

El siguiente cuadro presenta las interrelaciones entre las necesidades axiológicas (vertical) y las necesidades existenciales (horizontal), las necesidades axiológicas son finitas y universales y comprende en los casilleros existenciales posibles satisfactores que variarán de acuerdo con la cultura, tiempo, lugar, circunstancias o sus limitaciones y aspiraciones.

Cuadro N° 3. Necesidades y Satisfactores.

Necesidades según categorías axiológicas	Necesidades según categorías existenciales			
	1. Ser	2. Tener	3. Hacer	4. Estar
1. Subsistencia	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo	Alimentar, procrear descansar, trabajar	Entorno vital, entorno social
2. Protección	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad.	Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	Cooperar, prevenir planificar, cuidar, curar defender	Contorno vital, contorno social, morada
3. Afecto	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad,	amistades, parejas familia,, animales domésticos, plantas, jardines	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar,	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro.

	pasión, voluntad, sensualidad, humor		apreciar	
4. Entendimiento	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad.	Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales	Investigar, estudiar experimentar, educar analizar, meditar, interpretar.	Ámbitos de interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
5. Participación	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	Derechos, responsabilidades, obligaciones, trabajo	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir discrepar, acatar, dialogar, acordar opinar.	Ámbitos de interacción participativa, partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias
6. Ocio	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación humor, tranquilidad, sensualidad	Juegos, espectáculos, fiestas, calma	Divagar, abstraerse soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar.	Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes.
7. Creación	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad.	Habilidades, destrezas método, trabajo	Trabajar, inventar, construir, idear componer, diseñar interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación, talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios, de expresión, libertad temporal
8. Identidad	Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad.	Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres grupos de referencia,	Comprometerse integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse,	Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas

		sexualidad, valores, normas, roles, memorias histórica, trabajo	actualizarse, crecer	madurativas
9. Libertad	Autonomía, autoestima voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia.	Igualdad de derechos	Discrepar, optar diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse desobedecer, meditar	Plasticidad espaciotemporal.

Nota: Max Neef y otros (2010), Desarrollo a escala humana.

Según Max-neff y otros (2010) la economía política actual se centra en proceso de explotación y enajenación que entienden sus necesidades desde el punto de vista de carencias, convirtiendo a las instituciones en medios para satisfacer necesidades singulares, en tal sentido los esfuerzos se dispersan y las políticas estatales terminan siendo de corte asistencialista, desde este punto de vista la sociedad crea satisfactores singulares y pseudo-satisfactores que impulsan el consumismo y son excluyentes.

Ante esta lógica el autor plantea repensar la sociedad y las instituciones, distinguir entre necesidades (pocas-finitas y universales) y satisfactores (determinado cultural e históricamente), solo así se llega a la comprensión de los satisfactores sinérgicos como vía para alcanzar un futuro socialmente justo y ecológicamente sostenible.

Los satisfactores sinérgicos consiguen la satisfacción de una necesidad en específico y contribuye a la satisfacción de otras necesidades a modo ilustrativo se presentara un satisfactor sinérgico desde el ámbito del adulto mayor:

Trabajo: la capacidad de trabajar del adulto mayor es importante para la satisfacción de otras necesidades en cuanto a que supone la participación en otros ámbitos como responsabilidad, creación, invento, afiliación y más importante aún la generación de ingresos, en este sentido se estimula la satisfacción de la necesidad de subsistencia: los ingresos económicos le permiten al adulto mayor acceder a alimentos, vestidos etc.; de protección: el bienestar económico estimula la protección, así como el compartir un entorno con compañeros de trabajo le da un sentido de pertenencia al adulto mayor que contribuye con su autonomía y equilibrio; participación y creación: trabajar le permite imaginar producir, ser solidario, respetuoso, entregado con sus compañeros; identidad: en cuanto fortalece valores como pertenencia, asertividad y compenetración con el grupo; afecto: el trabajo permite relacionarse con sus compañeros para expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar y apreciarlos.

Esta perspectiva sobre las necesidades, resulta pertinente para el desarrollo de esta investigación, entendiendo el desarrollo personal de los adultos mayores fundamental para la satisfacción de sus necesidades, es importante acotar, la situación de abandono que presentan los adultos mayores en el hospital José María Vargas y la necesidad de planificar políticas estatales dirigidas a este segmento de la población bajo esta postura de necesidad.

2.4.Necesidades de los Adultos Mayores.

Desde la postura de Maslow se puede inferir que las necesidades del adulto mayor son las mismas que la del resto de la sociedad, lo que cambian son los modos y medios de satisfacción, por lo tanto se necesitaran servicios y bienes especializados que se adecuen a la realidad de esta población, para caracterizar el panorama del adulto mayor respecto a sus necesidades es necesario citar a Ramírez (1999) quien plantea lo siguiente:

Desde el punto de vista económico, muchos carecen de recursos suficientes para procurarse la satisfacción de necesidades básicas; desde el punto de vista social, han pasado a ocupar lugares de menor importancia para el sistema y por efecto para la comunidad y sociedad... desde el punto de vista biológico, experimenta una serie de cambios que disminuyen su nivel físico de respuesta y desde el aspecto psicológico, requiere de permanente apoyo y mensajes que permitan reforzar su estima y valor personal. (p. 59-60).

Las necesidades de los adultos mayores aún cuando en gran medida se debe a las carencias de recursos que los privan de la posibilidad de acceder a bienes y servicios que estimulen la satisfacción de sus necesidades, también se debe a las situaciones particulares a la que se ven expuesto.

La influencia de estos aspectos económicos, sociales, biológicos y psicológicos en la satisfacción de las necesidades del adulto mayor lo ubican en una situación de desventaja ante el resto de la población, en este contexto el Estado es quien debe garantizar las condiciones adecuada para que este grupo tenga acceso a los diferentes rubros o satisfactores sinérgico que contribuyan a la satisfacción de varias necesidades. El adulto mayor al igual que las demás personas tienen necesidades de: Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad.

2.4.1. Necesidad de Subsistencia del adulto mayor.

Para la satisfacción de esta necesidad, el adulto mayor debe tener acceso a una vivienda y a una alimentación adecuada que se ajuste a su realidad, En este orden de ideas, cabe destacar, una investigación gerontológica de políticas sociales de atención al adulto mayor que determinó que el envejecimiento “experimenta una serie de cambios fisiológicos y padece de algunas enfermedades crónicas que disminuye su nivel físico de respuestas, hasta de independencia, reflejado en la insatisfacción de sus necesidades de alimentación y de salud” (Reyes, 2003, p.

223), en consecuencia, en la vejez la nutrición juega un papel fundamental para sostener un equilibrio de las funciones corporales que le permitirá al adulto mayor estimular otras necesidades.

Villa (2002), plantea que “la nutrición, es algo muy complejo, que alcanza múltiples factores, los cuales son diferentes en cada persona; por ejemplo, en el caso del adulto mayor es necesario individualizar cada plan dietético de alimentación” (p. 64), las condiciones física particulares de los adultos mayores determinaran el régimen alimenticio que deben cumplir para conservar su estado de salud, de este modo Villa (2002) indica las relaciones entre enfermedades crónicas y hábitos alimenticios:

Algunas enfermedades, entre las que destacan las crónico degenerativa como: diabetes, artritis, arteriosclerosis, obesidad, cáncer de colon, osteoporosis y enfermedades paradontales guardan una estrecha relación con los hábitos alimentarios, o sea, el número de comidas que una persona hace al día, sus horarios, cantidad, composición y otros elementos, como los aspectos emocionales, estéticos, de confianza, temor y sensoriales, entre los que destacan. Sabor, color, aroma, textura, y que hacen que unos alimentos se prefieran más que otros (p. 64).

En este contexto, queda claro que los hábitos alimenticios están relacionados con las condiciones físicas y de salud del individuo y el estilo de vida que ha adoptado el adulto mayor a lo largo de su vida. Otros aspectos a considerar, son las condiciones a las cuales se enfrentan los adultos mayores conforme envejecen, Villa (2002) opina lo siguiente:

- 1) Cambios en el patrón dietético, o sea, que comen alimentos menos nutritivos,
- 2) Modificaciones en su actividad física y mental,
- 3) Estados anímicos alterados, depresivos o ansioso,
- 4) Dificultad de superar los obstáculos que se presentan para ir a comprar sus víveres. (p. 64).

Estos elementos inciden en una alimentación sana y adecuada de los adultos mayores, las condiciones de salud se convierten en un factor determinante para la satisfacción de la necesidad de alimentación. Del mismo modo, en el marco de la relación salud-alimentación, Ramírez (1999), opina que “una alimentación adecuada y un buen nivel de actividad física a lo largo de toda la vida, constituyen los recursos más valiosos para disminuir la velocidad con que ocurren los cambios degenerativos” (p. 68), por lo tanto la satisfacción de la necesidad de alimentación acompañada de un estilo de vida saludable influirán en los cambios biológicos del adulto mayor y le permitirán tener una mejor calidad de vida en la vejez.

2.4.2. Necesidad de protección del adulto mayor.

En este punto se encuentran situadas aquellas necesidades que guardan relación con sistemas de seguridad y prevención, vivienda, trabajo, alimentación, vestimenta y salud estos elementos son vitales para la subsistencia de los adultos mayores ya que esta población requiere de mucha atención, el Servicio Nacional del Consumidor de Chile (2004) nos plantea que para el adulto mayor el ser independiente es “Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia” (p. 5) los sistemas de protección que pueda diseñar el estado o los familiares son trascendentes para el progreso de los adultos mayores.

Unos de los componentes más importantes que encontramos dentro de esta población de adultos mayores es el cuidado o la atención que le pueda brindar el estado o sus familiares dentro de su entorno o forma de vida para los autores Aguado, Burgos y Gastón (1994) las “necesidades englobarían todos aquellos estados de salud susceptibles de ser atendidos en los servicios sanitarios, así como la

necesidad de dicha atención” (p. 3), ya que son casos meritorios y comunes que vamos a encontrar por su condición de salud.

2.4.3. Necesidad de afecto del adulto mayor.

Es un punto que está íntimamente ligado al universo de las emociones, la necesidad de querer y ser querido, en la cual se encuentra la relación con la pareja, familia, amistades entre otras para el adulto mayor el cariño es uno de los puntos más importante en esta etapa de la vida ya que requiere de mucha atención familiar “durante la vejez, la intensidad de las necesidades de afecto es tan grande, que para muchos, el conciliarlas constituye la fuente principal del equilibrio psicológico” (Ramírez, 1999, p. 66). En esta etapa de la vida de los adultos mayores es primordial la tolerancia el respeto y el cariño que los familiares le puedan ofrecer.

El amor que le pueda brindar el grupo familiar a los adultos mayores es vital ya que requieren de mucho apoyo, para el Servicio Nacional del Consumidor de Chile (2004) el adulto mayor va “poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de Conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad” (p. 5). Es la manera de que estas personas puedan alegrarse y tener una mejor calidad de vida respecto al apoyo y comprensión que los familiares y comunidades les ofrezcan

2.4.4. Necesidad de entendimiento del adulto mayor.

El hombre tiene la necesidad de conocer, percibir, examinar, asimilar y comprender la realidad de su entorno. En el ser humano es fundamental para desarrollar conciencia crítica, ser receptivo, asombrarse, ser investigador,

disciplinado, intuitivo y racional, tener métodos educativos que le permitan experimentar e interpretar la realidad en su proceso de socialización.

El Servicio Nacional del Consumidor Chile (2004), nos señala que la autorrealización es fundamental para el desarrollo de estas personas “Poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad” (p. 6) es una herramienta significativa para el alcance de sus metas y el impulso que los adultos mayores puedan tener dentro de la sociedad.

2.4.5. Necesidad de participación del adulto mayor.

El hombre, como ser social, tiene la necesidad de integrarse, de vivir en sociedad, esto conlleva al ser humano a pertenecer a un grupo, tomar decisiones, aceptar, actuar, comprometerse, colaborar, opinar, decidir, trabajar en grupo, desarrollar la acción social, interactuar, compartir ideas e identificarse con el otro, la experiencia que pueda aportar esta población de adultos mayores es sustancial para el desarrollo de las comunidades.

para el Servicio Nacional del Consumidor (2004), “Permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes” (p. 5) de ésta manera vemos la importancia de incluir a esta personas en las actividades desarrolladas en la sociedad ya que son factor significativo por sus habilidades y experiencias obtenidas a través del tiempo.

La integración y participación de los adultos mayores dentro de la sociedad o comunidad es vital para su buen funcionamiento para Zapata (2001) nos señala “que la participación en organizaciones comunitarias permite al adulto mayor canalizar adecuadamente su tiempo libre y al mismo tiempo contribuir a mejorar su calidad de vida” (p. 191) es la manera darle a los adultos mayores el lugar que se merecen dentro de la población, sintiendo las satisfacción del ser útil para su comunidad de acuerdo a sus potencialidades.

2.4.6. Necesidad de ocio del adulto mayor.

Esto implica que el ser humano tiene necesidad de utilizar su tiempo libre, en la cual desarrollara su imaginación, buscara tranquilidad creara juegos, tendrá participación en espectáculos culturales, deportivos y sociales, en una edad ya avanzada como es la del adulto mayor conserva muchas hora de pasatiempo que en el mayor de lo caso lo usan de manera recreativas a través de su imaginación.

Según Ramírez (1999) “las funciones y uso creativo del tiempo libre, son reconocidos como magnitudes temporales, liberadas de las obligaciones del trabajo y de la disminución o receso de la intensidad de ritmos de vida” (p. 64) muchas de estas personas no cuentan con una responsabilidad laboral lo que le permite realizar actividades que le permita desarrollar sus habilidades que a través del tiempo han obtenido.

2.4.7. Necesidad de Identidad del adulto mayor.

La identidad es una necesidad afectiva de tener conciencia de sí mismo y del otro como personas diferentes, aquí se desarrollar factores claves como la autoestima, el sentido de pertenencia, de diferenciación, de asertividad; ser capaz de integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, y crecer, a partir de

valores, normas y roles, en torno del quehacer diario, esta escasez de identidad que padecen muchos adultos mayores los conlleva a un estado depresivo ya que no se sienten identificados dentro de la sociedad.

Para Zapata (2001) “el caso del adulto mayor esta capacidad, proveniente de la consolidación de la identidad, es la que se ve mayormente afectada ya que la persona mayor pierde el principal referente de identificación”(p. 190) es importante destacar que la caracterización del adulto mayor es parte fundamental en su vida ya que es la manera en la cual pueda ser participe en la sociedad y no sea discriminado, este es uno de los principales problemas que adquieren estas personas al verse excluido de la sociedad.

2.4.8. Necesidad de Libertad del adulto mayor.

La necesidad de libertad se basa en la conciencia que tiene el hombre de sí mismo de obrar y tomar decisiones en su propia escala de valores y normas para los adultos mayores la independencia es substancial en el manejo de una mejor calidad de vida es la forma que tiene esta población para ejercer sus habilidades y funciones en beneficios propio.

El Servicio Nacional del Consumidor Chile (2004) nos señala que:

Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.(p.5).

Es la forma de que cada adulto mayor se sienta apoyado y respetado por la sociedad, saber que pueda ejercer sus derechos como cualquier otra persona y no que lo vean como una carga para el estado o la familia.

2.5. Abandono y adulto mayor.

Siendo la etapa del Adulto Mayor compleja, por los múltiples cambios que experimentan, que deterioran su organismo, se ven afectados, más aún si son ellos los que enfrentan situaciones negativas, como es en este caso, el abandono.

La etapa que vive el adulto mayor, se encuentra reflejada por una serie de hechos tanto humanos, sociales como económicos, en los cuales muchas veces las familias por circunstancias se ven obligados a tomar ciertas decisiones en lo que respecta al cuidado del adulto mayor. Gipssi (2000) afirma que:

La vida de las personas de la tercera edad, se ve caracterizada por la soledad, el abandono y el aislamiento. La soledad y el abandono se asocian con la muerte del cónyuge, la marcha de los hijos del hogar materno y la falta de familiares; el aislamiento, debido a que las políticas de jubilación los aparta de las relaciones de trabajo, estrechando notablemente el círculo de relaciones sociales, haciendo más difícil la situación sino se cuenta con el apoyo de la familia. (p. 24).

Cabe destacar que la sociedad, juega un papel preponderante porque permite ayudar a los adultos mayores a tener un estado emocional óptimo y a satisfacer sus necesidades; Es por ello, que la sociedad necesita y debe ser educada y culturizada para entregar amor, tolerancia, respeto, admiración y cuidar al adulto mayor, para evitar el hecho de abandono .

Así lo afirma Ruipérez y Llorente (2007) cuando establecen que “el abandono o negligencia, como la no administración de los cuidados o supervisión necesarios respectó a: alimentación, vestimenta, higiene personal, cobijo y cuidados médicos

apropiados.”(p. 144).en efecto, es de suma importancia, para el adulto mayor gozar de bienestar para con ello garantizar una calidad de vida óptima.

De igual modo, el National Aging Resource Center (2010) indica que el abandono hacia el adulto mayor, supone cinco factores asociados al descuido o a la desatención; acto físico, privación de alimentos, separación del grupo familiar y actos de violencia hacia el adulto mayor el cual tiene connotaciones psicológicas; el acto psicológico es el estado de ánimo del adulto mayor abandonado que experimenta sentimientos de aislamiento, soledad y tristeza; acto económico el adulto mayor es desprovisto de apoyo económicos por la familia o el abuso de los bienes y el dinero del adulto mayor, que impide el acceso a alimentos y medicina; acto de negligencia, la familia se niega a suministrar el cuidado necesario para que el adulto mayor satisfaga sus necesidades básica (higiene, alimento, cobijo, medicinas); negación del adulto mayor se niega a recibir ayuda producto del aislamiento y la soledad y no es persuadido por la familia.

En este contexto cabe señalar, que el estilo de vida que llevo durante su juventud, el adulto mayor influye de manera positiva o negativa en sus relaciones familiares y sociales, entiendo estos dos aspectos fundamentales, para el desarrollo de una adultez saludable y tranquila.

2.6. Familia y Adulto Mayor.

Para Gipssi (2000) La familia, es el principal y eficaz órgano del material humano, que da forma a las características físicas, mentales, morales y socio-culturales del individuo. (25).

Es decir, La familia, es una de las instituciones de referencia más importante para las personas, así como una de las temáticas presentes en la mayoría de los

discursos de las políticas públicas del país y en las leyes que nos rigen, donde es vista como la base fundamental de la educación integral de cada ser humano.

Es grande la responsabilidad que tiene la familia en la crianza de valores dentro del núcleo familiar, es por ello que inculcar el valor y el respeto ante el Adulto Mayor es necesario.

Mientras que Gipssi (2000), sostiene que, la familia actual venezolana, existe una ruptura, como unidad de producción, modificándose la estructura, funciones e integridad de la misma, pasando hacer de familia extendida a familia nuclear (padres e hijos), variando transcendentalmente el papel de los abuelos. Se tiende a minimizar al adulto mayor, de forma tal, que lo empiezan a ver como una carga familiar.

De igual manera el Panorama Social de América Latina (2004) afirman que las organizaciones familiares están relacionadas con el ámbito laboral, por lo que la tendencia del proceso de envejecimiento forma parte de procesos sociales, económicos y no están ajenos a valores culturales y a procesos políticos, en este ámbito la familia cumple una función de apoyo social y de protección frente a contingencias económicas, de desempleo, enfermedades y muerte de algunos de sus miembros

Esta relación del grupo familiar, con el mercado laboral ha traído modificaciones en su dinámica, produciendo en el adulto mayor aislamiento y soledad, según Ruiz (2009) “sigue siendo cada vez más patente en una sociedad inmersa en una creciente competitividad y deshumanización” (p.147), la competencia en el mercado laboral deja de lado al adulto mayor y abre paso a fuerzas productivas más jóvenes.

En este orden de ideas, es necesario incorporar, otro elemento que interviene en la familia y el adulto mayor, es el proceso evolutivo del grupo familiar del cual forma parte el adulto mayor según, Quinteros (1997), “la familia permite el desarrollo

integral de los individuos, los cuales interactúan tanto con componentes internos como externos, afectándose y relacionándose entre ellos” (p.111) dentro de este funcionamiento familiar, su crecimiento y desarrollo tiene influencia directa en el individuo.

Para Quinteros (1997), el proceso evolutivo, es natural y comprende etapas propias y las define de la siguiente manera: a) formación de la pareja: es el proceso de inicio, de noviazgo, galanteo conocido como la etapa prefilial que incluye en algunos casos el matrimonio, b) llegadas de los hijos: conocida también como la etapa filia marcada por el nacimientos de los hijos, c) ingreso de la familia en las escuelas: ocurre una confrontación de las normas y las reglas familiares con las de otros grupos de pares como vecinos, deporte recreación, escuela, d) familia con hijos adolescentes: Marcada por el choque generacional entre autoridades paternas y el hijo adolescente, e) egresos de los hijos: El hijo abandona el hogar se independiza afectiva y económicamente, f) nido vacío: familias ancianas.

En otras palabras el ciclo vital, representa el desarrollo de dos generaciones padres e hijos hacia más generaciones de la familia, en el desarrollo de este ciclo familiar, evoluciona el ciclo individual de cada uno de sus miembros y cada uno cumple un rol.

Todos los ciclos familiares, afectan al adulto mayor, uno de los que mayor incidencia tiene es el nido vacío, la independencia y separación de sus hijos, los deja sumergido en soledad e incluso en abandono al perder comunicación con sus familiares.

2.6.1. Nido vacío.

En este ciclo familiar Quintero (1997) sustenta que inciden dos factores, uno es la incorporación de nuevos miembros nuero, yernos, nietos, sobrinos en este

sentido se amplía para el adulto mayor la red de relaciones, pero al tiempo se pueden presentar obstáculos en el desarrollo de los subsistemas; el adulto mayor puede interferir con la nueva familia de sus hijos, cuidando a sus nietos una vez que regresan de las escuelas asumiendo responsabilidades paternales y no asume los cambios propios de la jubilación. En este ciclo los padres creadores se vuelven dependientes perdiendo la capacidad de atender demandas físicas y emocionales, hasta económicas, en consecuencia los miembros de la familia no asumen la dependencia paterna y el adulto mayor es marginado, excluido y asilado.

Otro factor que acentúa el nido vacío, es la salida de los hijos del hogar y que generalmente un miembro de la pareja ha fallecido, el adulto mayor busca otras alternativas de convivencias para ocupar su tiempo libre, sin embargo este ciclo, produce en la persona sentimientos de soledad y abandono y se complica con la presencia de enfermedades crónicas degenerativas propias del desgaste de su organismo.

2.6.2. Relaciones Familiares.

Abuelos, Padres, madres e hijos, todos son igualmente importantes en las relaciones familiares y todos tienen que hacer un esfuerzo para vivir en armonía sin importar su sexo o su edad, las relaciones familiares sanas, estimulan la comprensión, la comunicación y el apoyo entre todos los miembros.

Las relaciones del adulto mayor, con el grupo familiar, es esencial para que logren alcanzar la satisfacción de sus necesidades, desde su participación activa como miembro del grupo familiar, de acuerdo con Fuentes (2003) la familia, “es una fuente primordial de apoyo emocional y social y aun económico para los miembros de edad avanzada y aun cuando han sufrido cambios y modernizaciones, no significa que haya perdido la capacidad de apoyar” (p. 28), el adulto mayor, como ser social posee

necesidades biológicas, psicológicas y socioculturales que satisface a través de su familia, cuando el adulto mayor deja de estar en estado para satisfacer sus necesidades, la familia, es su único soporte y este dependerá de su relación con ella, en acuerdo Gonzales (2011), afirma que “la familia juega un papel primordial ya que provee ayuda y apoyo al mismo, tanto en el aspecto económico, afectivo y en los cuidados físicos.”(p. 16), por lo tanto la familia, es el soporte del adulto mayor y cuando lo priva de este apoyo automáticamente lo abandona.

Otro punto y no menos importante, es el ritmo acelerado de la vida de la sociedad, hace que las construcciones actuales tengan un menor número de habitaciones en cada vivienda, lo que dificulta la convivencia y las relaciones humanas, y es casi imposible la destinación de una habitación que de la suficiente privacidad al adulto mayor dentro del seno familiar. Según Gipssi (2000), La característica común de estos tipos de vivienda, comprende su reducido espacio físico que imposibilita la habitabilidad y convivencia armónica de un grupo mayor de (4) personas, evidenciándose el tipo de familia nuclear (padres e hijos), que excluye a los abuelos dentro del seno familiar, pues existe una jerarquía para el uso del espacio, donde el adulto mayor sobra, casos como estos, llevan a tomar decisiones como, que los adultos mayores sean reclusos en instituciones geriátricas.

2.6.3. Abandono Familiar.

El grupo familiar representa para el adulto mayor un apoyo fundamental para su integración, inclusión y estimulación a participar en los procesos familiares que permiten garantizar su bienestar y mejora para su calidad de vida, sin embargo en opinión de Zuñiga y otros (2012) la familia ha venido afrontando cambios en su dinámica por la “transculturización producto de la globalidad que está impactando en la estructura y dinámica familiar en donde los ancianos se ven más desprotegidos, por lo cual utilizan más los servicios de salud” (p.135).

En tal sentido, la familia, es un anillo de protección del adulto mayor encargada de proporcionarle cobijo, alimentación, afecto, cariño, higiene personal e inclusión, que fortalezca en el adulto mayor su sentido de pertenencia, su autovaloración, su autoestima, y desvincule de él los sentimientos de inutilidad, aislamiento y soledad, en acuerdo, Imbert (2010), plantea la familia como red de apoyo que “acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar”(p.6).

Sin embargo, muchas veces el adulto mayor, se ve envuelto en el deterioro y ruptura en la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos pasan a un segundo plano, en combinación con el aislamiento, desplazando al sujeto a un margen de olvido hasta abandonarlo completamente, trayendo consigo cambios en el adulto mayor, las emociones sufren, transformándose en personas muy sensibles y vulnerables a cualquier situación, ocasionando cuadros depresivos, que en consecuencia afectan su salud en general, para Zuñiga y otros (2012) el abandono:

Es el desamparo o desatención física o afectiva y/o económica de que son objeto los adultos mayores, existiendo también la enfermedad y la soledad, que los hace muy vulnerables, siendo uno de los motivos la excesiva carga que representa un anciano en la familia, o las tensiones exacerbadas y no resueltas provocan el abandono del adulto mayor, siendo un problema más visible en nuestra sociedad. (p.144).

En la sociedad venezolana, y dentro de ella, la familia, analizándola desde la crisis de nuestros tiempos, donde cada día se hace una realidad mayor su desintegración, la inexistencia de verdaderos lazos de afectividad y unión, la carencia de recursos económicos, viviendas reducidas, obligaciones laborales o estudiantiles ha perturbado poderosamente las relaciones interpersonales.

Es así, como muchas familias, viven en constantes preocupaciones, pues la presencia de enfermedades o discapacidad en el adulto mayor significa egresos altos en la economía familiar, que termina por agotar la paciencia y la reserva monetaria en muchas de ellas, generando para los familiares una carga por los debidos cuidados que se debe tener para con ellos y que en muchos casos los lleva a ser abandonados.

Así mismo Zuñiga y otros (2012) reconocen que el adulto mayor, en algunas familias es rechazado, aislado, visto como una carga social, representando para ellos un estorbo del cual se tienen que deshacer por lo cual son internado en instituciones geriátricas o son llevado a instituciones de salud con el pretexto de que se les atiendan por una afección médica y son dejado allí por varios días o permanentemente, por ello el autor indica, que el abandono del adulto mayor en hospitales es una realidad que no debe soslayarse o evadirse.

La problemática que empaña al adulto mayor, no obedece a causas aisladas e individuales, sino que se manifiesta por la manera cómo funciona la sociedad, cuya racionalidad considera al adulto mayor como mercancía devaluada, no productiva, dependiente y generador de gastos sociales.

2.7.Relaciones Sociales.

Las relaciones sociales, son fundamentales para una vida sana y reconfortante, para Sequeira (2011), las relaciones sociales, se dividen en dos, en primarias y secundarias.

Relaciones primarias: Estas relaciones se caracterizan por ser duraderas permitiéndole a la persona expresarse abiertamente y asumir diversos roles, es una relación íntima, personal y emocional que se da con amigos, familiares y conyugue, la ausencia de este tipo de relaciones produce ansiedad.

Relaciones secundarias: Son informales e impersonales la persona asume un solo rol, con el objetivo de satisfacer necesidades concreta.

Sin embargo, ambos tipos de relación le permite a las personas compartir, dialogar y tener intereses en común con familiares, amigos y vecinos aumentando en el adulto mayor su sentido de pertenencia y de identidad que fortalece su autoestima, la ausencia de interacción social produce en la persona aburrimiento, aislamiento y soledad.

El hombre es un ser social. El adulto mayor, necesita satisfacer su interacción con los demás; la necesidad de tener lazos afectivos con los demás, de sentirse perteneciente al grupo familiar, de expresar apoyo e identificarse consigo mismo, así como también la oportunidad de ser productivo. La sociedad actual es laboral, y el trabajo no solo satisface las necesidades económicas sino que proporciona al adulto mayor la oportunidad de realizarse como individuo.

Para Gipssi (2000), “En nuestra sociedad, existen patrones culturales donde la juventud es símbolo de fuerza y poder, marginando y desvalorizando al adulto mayor”. (p. 24). Considerando a la persona de tercera edad como pasada de “moda” y a la que no se le reconoce la suma de vivencias y experiencias y la capacidad que pueden poseer de esta manera el adulto mayor venezolano, se enfrenta a todo tipo de problemas de índole estético, económico, laboral, social, psicológico, familiar.

En este orden de ideas Sequeira (2011) advierte que la habilidad social o las características personales, infieren en las relaciones sociales, afirma que las personas extrovertidas serán menos solitarias y tendrán una red de relaciones más amplia que otorgara al adulto mayor una importante fuente de apoyo. Las habilidades para relacionarse permiten tener y otorgar apoyo social a sus amistades, ser tomado en cuenta para la solución de conflictos y pertenencia al grupo.

Otro aspecto fundamental, que indica el mismo autor, es el pasado individual de cada persona: sus experiencias personales anteriores de éxito o fracaso con sus relaciones determinan la mantención o no de las relaciones sociales duraderas. Si el fracaso de sus relaciones sociales pasadas lo llevan a sentirse aislado, rechazara participar en actividades sociales que le permitan sentirse menos solo y se generara un comportamiento de aislamiento. Sin embargo esto dependerá del estilo de vida que adopte el adulto mayor ya que los valores despectivos y su escasa o nula posibilidad de encontrar su justa ubicación en la sociedad actual, lo hacen susceptible a reacciones de desadaptación.

2.8. Soledad

La soledad, es un sentimiento del ser humano, que haciendo énfasis en el adulto mayor, se manifiesta, por la ausencia de los vínculos afectivos con la pareja, hijos, hermanos, familiares y amigos, y la poca participación en actividades sociales, acentuando el aislamiento, el abandono, la incomunicación y separación del entorno al cual pertenece, en acuerdo, Cencillo (2004), plantea que la soledad es un tema “polisémico que expresa por lo menos cuatro acepciones: carencia de compañía, abandono, incomunicación y extrañamiento socio-ambiental por carencias de códigos comunes y sentirse demás en el mundo por carecer de un ideal” (p.138).

Para Sequeira (2011), en la soledad participan dos factores determinantes: los culturales y los individuales; los factores culturales, se refieren a los sistemas de valores, los modelos de relaciones interpersonales, modelo de relaciones familiares, y las características de la sociedad y los factores individuales que vienen enmarcados a la personalidad, a la forma de percibir la soledad, a las relaciones de parentesco, estructura del hogar, forma de convivencia y el vivir solo.

En tal sentido, la soledad del adulto mayor, se manifiesta a partir de las rupturas familiares y sociales, los factores culturales, afecta a las personas y a sus intereses de alcanzar un nivel de contacto social, la pérdida de comunicación e interacción con su grupo familiar y su entorno, genera sentimientos de soledad, al mismo tiempo la forma de convivencia, el vivir solo, la personalidad que asuma el adulto mayor tiene connotaciones en éstas.

Para Tomaka y Cols (citado por Sequeira, 2011)

La soledad es un constructo diferente al aislamiento, mientras la soledad es un sentimiento subjetivo relacionado con el déficit en las relaciones interpersonales es el “sentirse solo”, el aislamiento es la ausencia de interacción social y la tendencia de una persona de estar sola y a aislarse de los demás evitando vínculos psicosociales, es de índole objetiva representado el “estar solo” (p.136).

Los factores individuales, las características personales, la forma de convivencia y el vivir solo, son patrones de comportamiento y están relacionados con el estilo de vida de las personas y a su vez va a fortalecer o cortar los lazos afectivos familiares y sociales, de eso dependerá de estar solo o no en su vejez.

2.9.Estilo De Vida Del Adulto Mayor.

Es necesario acotar, que el estilo de vida, es fundamental para mantener las relaciones familiares y sociales según Aguilar (2014), La organización Mundial de la Salud, define el estilo de vida como: “Un conjunto de patrones de comportamiento identificables y relativamente estables en el individuo y en una sociedad determinada” (p. 17)

El estilo de vida, estará conformado, por el comportamiento de la persona, sus interacciones sociales y las condiciones de vida que lleve, un elemento prioritario en el estilo de vida que marca las relaciones sociales y familiares, es el consumo de

drogas y bebidas alcohólicas, en acuerdo, Calderón (2003), opina “cuando no han sabido intercambiar afecto y acciones, esto es dar y recibir durante la vida, puedes encontrarte en la vejez con una mala cosecha” (p.100), si durante su juventud la persona no mantiene contacto con su familia cuando envejecen la familia lo rechaza.

La ruptura de los lazos familiares para Delgado (2012) “pueden constituirse como una causa de llegada a la calle, pero a su vez, la situación de calle representa un obstáculo para la posibilidad de formar una familia o de restaurar los vínculos rotos con la familia que alguna vez se tuvo.” (p. 17).

2.10. Abandono del Adulto Mayor en Instituciones Geriátricas.

Existen instituciones compuesta por un equipo de salud que abarca médico, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales entre otros, que se ocupan exclusivamente del cuidado y tratamiento del adulto mayor.

Cuando las personas avanzan en edad, su estado de salud se vuelve mucho más frágil, en el aspecto físico y psíquico, requiriendo muchas veces de un cuidado especial y muy preciso que a veces la familia no logra brindar o tampoco puede hacerlo, puede suceder que el adulto mayor se encuentre solo, entonces, decide ingresar a una institución de este tipo que le garantizará un cuidado y una atención dedicada durante las 24 horas del día.

Estas Instituciones también conocidas como centro de retiro, estancia o residencia geriátrica, en buena parte de las veces se convierten en la solución de muchos individuos cuando estos se vuelven dependientes como consecuencia de una enfermedad o de cualquier otra complicación que padezcan y que además no disponen de la posibilidad de ser cuidados o tratados en sus domicilios y por sus familiares.

Por otro lado, también es la realidad de muchos casos que el médico prescriba al geriátrico como el lugar en el cual el paciente adulto deberá permanecer por su salud y su seguridad, algo que muchas veces no puede lograrse en la casa del paciente si es que este no cuenta con personal idóneo y dedicado a su cuidado.

BASES LEGALES

2.11.1. Tratados y Convenios internacionales.

En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Carta de los Principios a favor de las Personas Mayores. Expresa la Carta: Las personas de edad deberán:

- a) Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia...
- e) Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamientos, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.
- f) Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible...
- l) Tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidados.
- m) Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro. (Peñalillo, 2009, p.6).

Todos estos derechos fundamentales de los adultos mayores expresado por las Naciones Unidas buscan garantizar las posibilidades para que los adultos mayores vivan en un entorno seguro y adaptable a sus necesidades, así como promover la

atención integral en las instituciones encargadas de brindar cuidados especializados a este grupo de personas permitiéndoles poder vivir con dignidad, seguridad y libres de maltratos.

Los Estados alineados a la Organización de Naciones Unidas deberán asumir el compromiso de llevar estos postulados a sus pueblos adaptándolas a sus necesidades y componentes culturales específicos.

Entre los derechos que reconocen estas disposiciones a las personas mayores, están la independencia, la participación, los debidos cuidados, la autorrealización y la dignidad.

La Organización de los Estados Americanos (OEA) en su Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador 1988, se refiere a los adultos mayores, de manera que:

Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados Partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a: a) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por sí mismas; b) Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos; c) Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos. (Peñalillo, 2009, p.6).

El Protocolo de San Salvador centra su atención en el adulto mayor como sujetos de derechos y como tales los Estados partes deben generar las condiciones necesarias en sus instituciones que permitan su ejercicio y dirigir sus políticas sociales a ampliar y proteger estos derechos.

En consecuencia los adultos mayores son vistos como sujetos de derechos, pero también como sujetos en estado de vulnerabilidad, según Alarcón (citado por Peñalillo, 2009) “La vulnerabilidad coloca a quien la padece en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades” (p.5), Respecto a los adultos mayores como grupo vulnerable, pueden ser “representados en relación a la economía, como sector pasivo, como personas que no están integradas a la actividad productiva, cuya precarización se manifiesta, entre otras cuestiones, en la desigualdad de acceso a una situación de bienestar social” (Peñalillo, 2009, p.8).

Esta situación de vulnerabilidad es planteada en los convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ratificados por Venezuela, donde destaca el convenio 128 relativo a las prestaciones de invalidez, vejez y sobreviviente, según Camba (2010) “en su parte III regula las prestaciones de vejez y dispone en su artículo 14 que todo miembro para el cual esté en vigor la presente parte del convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de vejez” (p.73).

Según el convenio la edad prescrita no deberá exceder los 65 años, dicha prestación deberá consentir un pago periódico calculado, considerando la edad de la persona y cumplido con las cotizaciones, tomando en cuenta el carácter vitalicio de dicho beneficio y de que la vejez no es una etapa reversible.

2.11.2. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

La población de adulto mayor forma parte importante del país por su situación de vulnerabilidad, motivo por el cual debe ser tomada en consideración para brindarles la protección necesaria. En lo que respecta a Venezuela, el Estado asume los tratados y convenios en protección de los derechos humanos y en específico los

derechos de los adultos mayores, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 23 ratifica los tratados, pactos y convenios referentes a los derechos humanos y le otorga jerarquía constitucional, en consecuencia, se aplicarán en la medida en que sus postulados favorezcan a los ciudadanos.

Es importante acotar que el artículo 2 de la constitución establece que la República Bolivariana de Venezuela es un Estado social de derecho y de justicia que tiene la obligación de promover los valores de la vida, la libertad, la justicia, la solidaridad, la igualdad en el marco de los derechos humanos. En este contexto, el artículo 3 reza que “El Estado tiene como fines esenciales la defensa y el desarrollo de las personas y el respeto a su dignidad”. Queda claro, en estos artículos, la igualdad de las personas ante la ley; por lo tanto, los adultos mayores, al igual que los demás ciudadanos, tienen derecho; a una vida digna, de su inclusión en las políticas públicas y políticas sociales, tienen derecho de ser respetados como seres humanos, a una vivienda, a un trabajo, a la salud y demás derechos postulados por la constitución que les garantice una vida de calidad y les genere bienestar social.

El capítulo V de los derechos sociales y de las familias de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en su artículo 75 “El estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas” las relaciones familiares se basa en la protección, igualdad de derechos y deberes de sus miembros, en tal sentido la familia en corresponsabilidad con el Estado deberá proteger a los más vulnerables de la sociedad y en específico amparar a los adultos mayores.

En este contexto el artículo 80 plantea “el Estado garantizará a los adultos mayores el pleno ejercicio de sus derechos y garantías” con la finalidad de que tenga una mejor calidad de vida a través de las pensiones o jubilaciones otorgadas mediante el sistema de seguridad social.

Así mismo el Artículo 82 reza “toda persona tiene derecho a una vivienda”, por lo tanto todos los adultos mayores tienen el derecho de vivir en una vivienda digna. El Estado debe garantizar el acceso a las políticas sociales de los grupos más vulnerable en aras de mejorar su calidad de vida.

El artículo 83 establece “la salud como un derecho social” que debe ser garantizado por el Estado como parte del derecho a la vida. Esta definición de tipo político conceptual es el eje central alrededor del cual se organiza el resto de los planteamientos constitucionales.

El Artículo 86 de la constitución reza “toda persona tiene derecho a la seguridad social”, el Estado tiene la obligación de proteger a los ciudadanos ante contingencias como “desempleo, vejez, viudedad, orfandad, viviendas” en consecuencia la seguridad social deberá ser universal, protegiendo los derechos sociales de manera eficiente a toda la población de adultos mayores.

2.11.3 Ley de Servicio Social.

Siguiendo este ordenamiento jurídico surge la necesidad de crear un instrumento jurídico actualizado que se adapte a las necesidades del adulto mayor y que especifique los derechos y deberes de esta población, que le garantice protección social, seguridad social y la atención oportuna e integral para la consecución de la satisfacción de sus necesidades. En tal sentido, en el 2005 es creada la Ley de Servicios Sociales dirigida a la atención del adulto mayor de forma integral ratificando lo planteado en la constitución y los convenios, pactos y tratados internacionales que se preocupan por la protección integral del adulto mayor.

La Ley de servicios Sociales plantea en el título III, capítulo I de la protección y prestaciones a las personas protegidas por esta ley, una serie de características que identifican al adulto mayor en estado de necesidad, (LSS):

Tendría protección prioritaria las personas que se encuentren en cualquiera de las siguientes situaciones de estado de necesidad: **1)** Estar en desamparo familiar, social, económico o en indigencia. **2)** Estar excluido del núcleo familiar, carecer de medios de subsistencia y con ingresos inferiores al cuarenta por ciento (40%) del salario mínimo urbano. **3)** Estar privada de alimentos y en estado de desnutrición **4)** Carecer de habitación y estar en exposición a la intemperie. **5)** Estar en situación de avanzada edad o de gran discapacidad con imposibilidad de satisfacer sus necesidades básicas y depender permanentemente de otra persona con escasos recursos. **6)** ser jefe o jefa de familia en estado de necesidad y con personas bajo su dependencia. **7)** Encontrarse en cualquier otra circunstancia de desamparo que implique limitaciones severas para cubrir las necesidades básicas de subsistencia y que la persona o familia no pueda superar por sí misma. (Art.30).

En este sentido, se busca garantizar una mejor condición económica y social a las personas que no poseen los recursos para cubrir sus necesidades básicas.

Respecto a la protección que el Estado debe brindar en situación de abandono, desamparo familiar y carencia de vivienda, existen dos mecanismos de prestaciones establecidos en esta ley que responden al Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas y al Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas que forman parte de la estructuras del sistema de seguridad social establecido así en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social.

De las prestaciones la Ley de Servicios Social clasifica las asignaciones económicas en largo, mediano corto plazo y prestaciones asistenciales en servicios y especies que estarán a cargo del Instituto Nacional de Servicio Social y otros programas en convenio con gobernaciones, alcaldía e instituciones privadas.(Art. 31)

Los servicios y especies según la Ley de Servicio Social “son todo aquellos servicios sociales no dinerarios, orientados a mejorar las circunstancias de carácter

social, no superable en forma autónoma por la persona y que le impiden su desarrollo integral (Art.46)

Entre los programas dirigidos a los adultos mayores contemplados en esta ley como prestaciones en servicios y en especies destacan *los de cultura y deporte, cultura de la salud, campañas de valoración, atención médica especializada, atención preferencial, programas alimentarios*. Sin embargo a los fines de la investigación se plantearán las prestaciones asistenciales en servicios y en especies dirigidos a cubrir necesidades de abandono, desamparo familiar y orfandad.

La Ley de Servicio Social asigna la responsabilidad al INASS, a los Estados y Municipios de crear, diseñar y ejecutar:

Una red de hogares sustitutos y residencias diurnas para desarrollar programas y servicios de atención integral a las personas adultas mayores y a las personas en situación de orfandad o abandono en estado de necesidad. La modalidad y el funcionamiento de los hogares sustitutos y residencias diurnas se establecerán en el reglamento de esta ley. (Art. 47)

La red de hogares sustitutos está bajo la responsabilidad compartida de estas instituciones, con el fin de ampliar la cobertura de los centros geriátricos y de ofrecerles a los adultos mayores en situación de calle una respuesta oportuna, estipuladas en el Régimen de Prestaciones de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social y la Ley de Servicio Social.

El artículo 7 de la Ley de Servicios Sociales establece un conjunto de términos o conceptos básicos en materia de protección del adulto mayor, que facilita la comprensión para los efectos de aplicación de la presente ley, en la cual se establece como adulto mayor a la persona natural con edad igual o mayor a sesenta años de edad. A fin de responder a los intereses de la investigación se tomará en cuenta la definición de estado de necesidad; el cual se refiere a una situación de desprotección

económica, personal, familiar o social, que desencadenen necesidades sociales previstas y tipificadas por esta Ley. Otra definición tomada en consideración es el abandono, esta consiste en la resistencia voluntaria de la familia a contribuir para la satisfacción de las necesidades básicas de aquellos a cuyo sostén deben legalmente y socialmente concurrir.

En este orden de idea cabe destacar las definiciones de situación de dependencia como condición en la que se encuentra una persona que requiere de la asistencia permanente de otra persona para satisfacer sus necesidades básicas, y Atención integral como acciones destinadas a satisfacer las necesidades económicas, físicas, materiales, emocionales, sociales, laborales, culturales, educativas, recreativas, productivas y espirituales.

2.11.4. Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social

En este instrumento jurídico se establece en su artículo 4 que la seguridad social es un derecho fundamental del ser humano en el marco de un Estado Social de Derecho que está dirigida a los venezolanos residentes en el país, así como también a los extranjeros establecidos legalmente.

El artículo 17 de esta ley estructura tres sistemas de prestaciones orientadas a garantizar el bienestar de las personas, su atención se centra en el derecho a la salud y al otorgamiento de prestaciones, ante contingencias sociales tales como: enfermedades y accidentes cuales quiera sea su origen, maternidad, pérdida involuntaria del empleo, desempleo, viudez, orfandad, vejez, vivienda y hábitat, circunstancia que son previsibles.

Régimen Prestacional de Salud

La salud es un derecho esencial del hombre establecido así en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 80 y ratificado por la Ley

Orgánica del Sistema de Seguridad Social en su artículo 52 como parte del derecho a la vida el cual incluye a los afiliados cotizantes y a los que no son afiliados sin discriminación alguna.

En los artículos 53 y 57 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social se plantea la conformación del Sistema Público Nacional de Salud por órganos, programas, estructuras y servicios sostenido por recursos fiscales intersectoriales, intergubernamentales bajo la rectoría del ministerio con competencia en salud. En este sentido el estado ofrece a los adultos mayores un sistema público de salud.(Se encuentra en aprobación).

Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas

Este régimen garantiza protección a las personas mayores de 60 años y a extranjeros residenciados en el país que se encuentren en situación de calle, abandono, orfandad o desamparo familiar y “que no estén amparados por otras leyes, instituciones o programas destinados a ofrecer prestaciones semejantes a la prevista en esta ley” (Fernández, 2012, p.202).

El órgano rector es el Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Protección Social, según el artículo 68, este Ministerio es el ente con competencia en materia de servicio sociales al adulto mayor y otras categorías de personas, el cual debe definir los lineamientos, políticas y planes del régimen prestacional orientados efectuar seguimientos de los programas, revisar y proponer modificaciones a la normativa vigente, evalúa la gestión de INASS y coordina estrategias entre el INASS, los estados y los municipio en aras de ejecutar programas para proteger a los adultos mayores.

Así mismo el artículo 69 de la Ley Servicio Sociales confiere al INASS como la institución encargada de gestionar las prestaciones planteadas por la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social en el Régimen Prestacional de Servicio Social al Adulto Mayor la cual consiste, en lo que la Ley del Servicio Social denomina prestaciones en servicios y en especies artículo 46, planteado anteriormente. De las personas beneficiarias son aquellas que se encuentren en las situaciones establecidas en el artículo 30 de la Ley Servicio Social.

Prestaciones

En el artículo 59, el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y otras categorías de personas establece servicios como la atención institucional, domiciliaria y cultura de salud, estas se encarga de proporcionar al adulto mayor vestido, alojamiento, y una atención integral la cual fomenta estilos de vida saludable y desarrolla conciencia sobre el proceso de envejecimiento.

As su vez promueve campañas de valoración y respeto hacia el adulto mayor otorgando un trato preferencial cuando se refiera al control de citas, consultas o salas de espera, asimismo proporciona una atención médica especializada y la dotación de prótesis, lentes y traslado entre otros.

Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas

La pensión de vejez o jubilación está financiado por las contribuciones de empleadores y trabajadores, y los trabajadores no dependientes con ayudas eventuales del Estado, estas asignaciones económicas se garantizan a las personas que cumplan con los requisitos de afiliación y en casos especiales se incorporan adultos mayores por decretos presidenciales como el caso del Decreto 4269 dictado por el ejecutivo nacional “ a los fines de beneficiar con la pensión de vejez a aquellas personas que

cumplidos los requisitos de edad establecidos en la Ley de Servicio Social no tenían acreditadas antes el IVSS las setecientas (750) mínimas exigidas...” el referido decreto beneficiaba a las personas que poseían setecientas (700) cotizaciones, el Estado venezolano asumía el aporte de las cotizaciones restantes el cual beneficiaron “...con la pensión de vejez a 103 mil 039 adultos mayores.” (Camba, 2010:83).

En consonancia con este régimen el artículo 65 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social dice que las personas que contribuyan al sistema con o sin relación laboral dependiente, recibirán la pensión de vejez o jubilación, garantizada en el referido régimen prestacional.

Las prestaciones que se otorgan a los beneficiarios están planteadas en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social como “pensión de vejez o jubilación, discapacidad parcial permanente, discapacidad total permanente, gran discapacidad, viudedad y orfandad; indemnizaciones por ausencia laboral debido a enfermedad” (Artículo 64) y demás subsidios que establezca la Ley del Régimen Prestacional.

En el artículo 65 se deja reposar los recursos correspondientes a las pensiones de vejez y otras asignaciones económicas sobre la tesorería de la seguridad social y es el Estado quien administrará dichos recursos. A su vez en el artículo 71 se establece que el órgano rector encargado de diseñar estrategias, programas y proyectos del Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas es el Ministerio con competencias en materias de previsión social (Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Protección Social).

En la actualidad se mantiene vigente la Ley de Servicio Social y es el Instituto Venezolano del Seguro Social quien continúa pagando las pensiones de vejez a los trabajadores del sector público y privado, en vista de que este régimen no ha entrado en funcionamiento, Fernández (2010).

2.11.5. Ley de Seguro Social.

Este instrumento jurídico se encarga de regir la protección de la seguridad social de las personas ante contingencias de: maternidad, sobreviviente, enfermedad accidente, invalidez, muerte, retiro y vejez.

Esta ley es el eje central del Sistema de Seguridad Social venezolano en tal sentido brinda una atención integral al adulto mayor en especie y en asignaciones económicas y designa al Instituto Venezolano del Seguro Social como gestor de dicha atención, el artículo 51 de la Ley de Seguro social, en lo adelante LSS, establece que el órgano rector es el Ministerio del Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social y la administración de todos los ramos del seguro social recaen sobre un organismo denominado Instituto Venezolano de Seguro Social.

Las asignaciones económicas contempladas en esta ley disponen de una pensión de vejez para los asegurados después de haber cumplido 60 años de edad si es hombre y 55 años de edad si es mujer y que tengan acreditadas un mínimo de 750 semanas cotizadas (artículo. 27), a diferencia de la Ley de Servicio Social que en su artículo 39 establece que las asignaciones económicas son de naturaleza asistencial y que están dirigidas a los adultos mayores que se encuentran en estado de necesidad y con ausencia de capacidad contributiva. Este régimen de previsión social está dirigido a las personas afiliadas y que son contribuyentes al seguro social.

En sus artículos 5 y 7 se expresa que el seguro social otorgará prestaciones mediante la asistencia médica integral. Estas prestaciones en especie están dirigidas a los pensionados por vejez o jubilación y a sus familiares así como a sus conyugues o sobrevivientes, siempre y cuando reúnan los requisitos establecidos por la Ley y el Reglamento.

En cuanto a las asignaciones económicas: pensiones de jubilación o vejez la ley de seguro social establece una serie de requisitos de afiliación al sistema quien

no cumpla con estos requisitos no podrá optar por la pensión de vejez o de jubilación a tales requisitos son:

Haber cumplido la edad mínima de 60 años en el caso de los hombres y 55 años en el caso de las mujeres.

Esperar hasta cancelar las cotizaciones mínimas exigidas.

Recibir de manera inmediata y de forma única el diez por ciento (10) de la suma de su salario correspondiente a las cotizaciones que tenga acreditadas, como lo establece el artículo 31 la LSS en este caso el beneficiario puede efectuar nuevas cotizaciones y si con ellas alcanza el derecho a la pensión se le otorgará pero se le descontará la indemnización entregada.

Según Gamba (2010) otra manera de tener acceso a las pensiones de vejez o jubilación son las políticas definidas por el Estado Venezolano a través de decretos presidenciales como por ejemplo el decreto 5370 dictado en año 2007 el cual estableció un programa excepcional que permitió que el Instituto Venezolano del Seguro Social incorporara en su nómina de asegurados a mas cincuenta mil (50.000) mujeres mayores de sesenta y cinco (65) años de edad venezolanas y extranjeras radicadas legalmente en el país, que estuvieran dedicadas al oficio del hogar, desprovista de atención y protección familiar o presentar impedimento físico que limite su actividad cotidiana (es solo para amas de casa no incluye hombres).

2.12. Reseña Histórica del Hospital José María Vargas

Venezuela, durante el último cuarto del siglo XIX, mantuvo el mismo patrón de poder político, que había caracterizado su agitada historia desde la Independencia. Guerras civiles desencadenadas por las ambiciones de dispersos caudillos regionales, epidemias rurales, epidemias y atraso en todas las esferas de la vida nacional, caracterizaban a la desangrada y empobrecida nación.

El general Antonio Guzmán Blanco, represento un caso especial, encarno aun caudillo urbano. Natural de Caracas, inicio en esta ciudad aldeana y arruinada una importante labor civilizadora. Termina su quinquenio en 1884, logra la elección del general Joaquín Crespo, pero en 1886 regresa a la presidencia de la república para el periodo conocido como la Aclamación. En 1888 realiza su último viaje a París dejando como Presidente al doctor Juan Pablo Rojas Paúl. El Guzmancismo entra en crisis, Crespo se subleva pero es reducido. Al dejar la Presidencia a Rojas Paúl queda para la historia de la medicina nacional el decreto y la construcción del Hospital Vargas. Le sucede en la Presidencia el Dr. Raimundo Andueza Palacios, quien puso gran empeño en acelerar la construcción y en dotar al Gran Hospital que inauguro el 1.ero de enero de 1891. Ejerce la primera magistratura hasta que el general Joaquín Crespo entra en Caracas en octubre de 1892. Con sus batallones curtidos de sol y lluvia protagonizo la llamada revolución "Legalista". Apenas un año tenía en funcionamiento el Hospital Vargas, cuando un nuevo gobernante tomaba asiento en la casa Amarilla.

2.12.1. Misión.

Mantenerse como el Centro Hospitalario líder en prestación de servicios de salud pública, contando con la necesaria calidad humana y profesional, tecnología de avanzada y mantener en condiciones óptimas todas sus instalaciones, con una

estructura administrativa dinámica integral, generando confianza, satisfacción y seguridad a nuestra población.

2.12.2. Visión.

Prestar Servicios de atención médica de acuerdo a los planes regionales y nacionales de salud, en concordancia a funciones curativas y de rehabilitación y la coordinación de los servicios destinados a la defensa de la salud pública que establezca el Poder Nacional.

2.12.3. Valores de la institución

Responsabilidad: Cumplimiento de los objetivos de la organización, basados en principios éticos y las mejores prácticas en materia de salud, así como el seguimiento de las normas y procedimientos establecidos

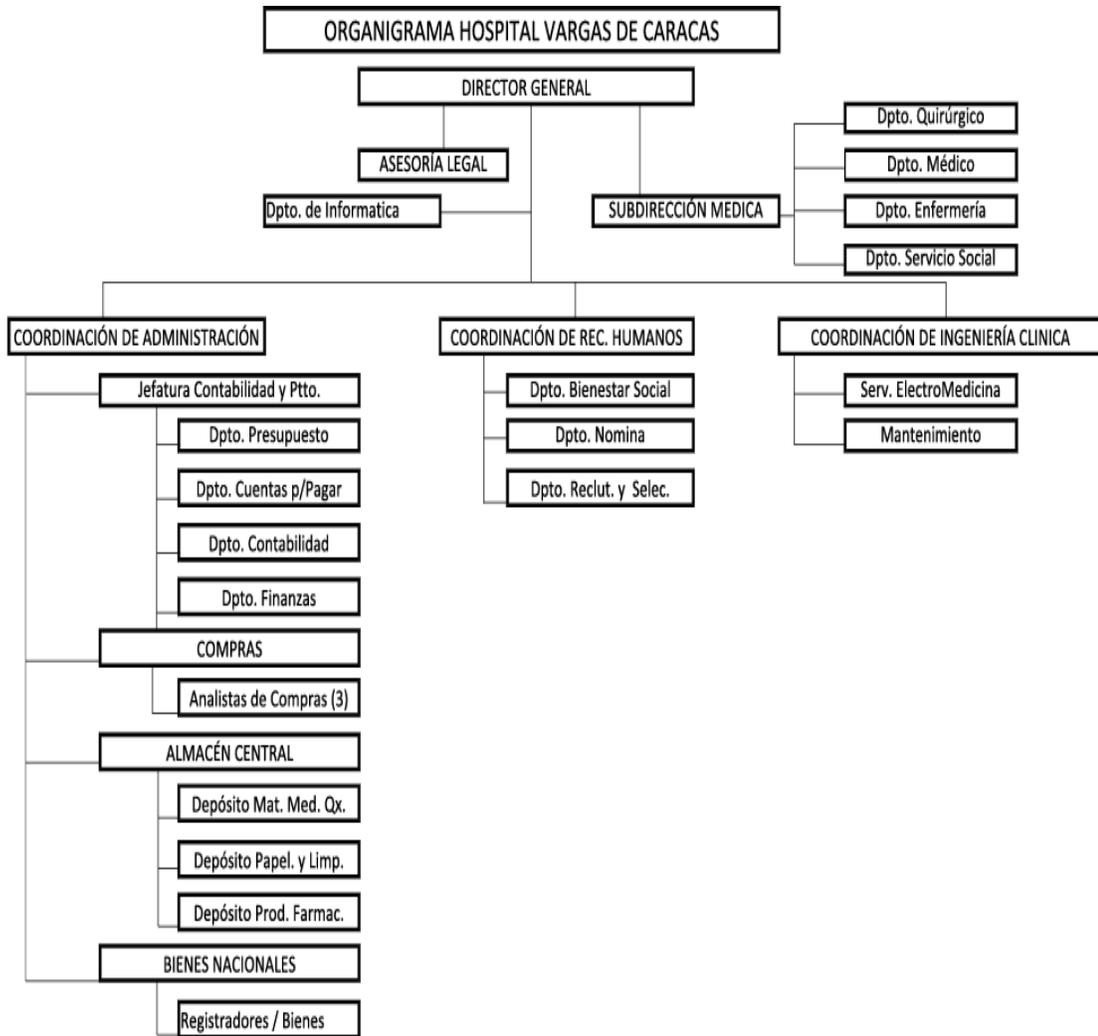
Honestidad: Comportamiento íntegro y consecuente con los compromisos asumidos, tanto en nuestras relaciones personales como de trabajo.

Respeto: Ofrecimiento de un servicio de salud integral hacia nuestros pacientes, como personas únicas con necesidades particulares, garantizando los derechos del paciente y su familia, así como también la consideración y debida tolerancia con los demás miembros de la organización.

Servicio: Brindar calidad de atención en centros dotados y equipados, con calidez y esmero.

Compromiso: Brindar un servicio óptimo y oportuno a la población para la prevención de enfermedades, así como la promoción y restitución de la salud.

2.12.4. Organigrama Administrativo



Fuete: <http://hospitales.mpps.gob.ve>

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. Estrategias de la investigación.

La investigación cualitativa se caracteriza por la descripción de cualidades de un problema de investigación, el énfasis de este método es involucrar al investigador en los fenómenos sociales, establecer una relación horizontal (sujeto-sujeto) con el fin de que los datos obtenidos sean recogidos de manera directa resaltando las impresiones de los sujetos que forman parte de la investigación.

El paradigma cualitativo según Taylor y Bodga (citado por Piñero y Rivera, 2012), “se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: la propia palabra de la persona, hablada y escrita, la conducta observable” (p.38), por lo tanto, la atención del investigador está en los procesos interactivos, en la descripción de los hechos, en las experiencias de los participantes, en las actitudes, valores y creencias de las personas.

Es así como el estudio cualitativo se identifica por la descripción de los hechos, por la aprehensión de la realidad, por la interacción que se produce entre el investigador y el sujeto de investigación tomando de él sus ideas, pensamientos, creencias acerca del tema de investigación, para la comprensión de la realidad.

Las características de método cualitativo según Wiesenfeld (citado por Piñero y Rivera, 2012) son las siguientes:

- a) Favorece el estudio de los procesos en el ambiente natural, de allí su significado contextual.
- b) Los procesos son interpretados en términos de los significados que la gente elabora sobre ellos.

- c) El lenguaje es la vía para acceder al mundo vivido de los sujetos investigados.
- d) Los fenómenos tienen una visión multivoca y dialógica.
- e) La investigación se asume como un proceso relacional en tanto la construcción que cada quien elabora moldea y es moldeada por la de su interlocutor.
- f) es reflexiva en virtud que permite analizar la influencia del proceso en sí mismo y en los demás.
- g) el conocimiento emerge como una experiencia compartida y dialogada, por lo que los hallazgos se constituyen en forma negociada y construida entre el investigador e informante. (p.39).

Esta metodología orienta la construcción del conocimiento, a partir de la interacción, el diálogo, la conversación con el otro y la observación de los fenómenos como ocurren y cómo son expresados por los participantes, estas características del método cualitativo se implementarán para describir el fenómeno estudiado como lo perciben los sujetos involucrados en el caso de esta investigación, como entienden los adultos mayores su situación de abandono, su entorno y la dinámica en la que están envuelto, como interpretan ellos esa realidad de la que forman parte, así como se pretende identificar las estrategias y políticas institucionales llevadas a cabo por los trabajadores sociales para el abordaje de esta situación.

En este orden de ideas una vez descrita la metodología y sus características es necesario ubicar los aspectos epistemológicos y ontológicos ya que establecen el *cómo* y el *qué* de la investigación, los fundamentos epistemológicos le dan sentido al método y a las técnicas que se van a utilizar para captar la realidad, al respecto Martínez (2009) señala “el conocimiento es el resultado de una dialéctica entre sujeto (sus intereses, valores, creencias) y el objeto de estudio” (p.76); en tanto, la ontología del método tiene su esencia en el objeto que “en el área de las ciencias humana, es visto y evaluado (opción y supuesto ontológico) por el alto nivel de complejidad estructural o sistémica” (Martínez, 2009, p.77).

Estas características paradigmáticas van asumiéndose en el campo de las ciencias sociales como una metodología diferente al método tradicional y que son totalmente opuestos el uno del otro. Ajustado a estas características existen diversos métodos, técnicas y procedimientos que utilizan el diálogo para abordar fenómenos sociales, en tal sentido Piñero y Rivera (2012) indica que el paradigma cualitativo ha “configurado una serie de reglas u ordenamientos lógicos teóricos que se distancian de la rigurosidad lineal del método tradicional como por ejemplo el método fenomenológico, hermenéutico, etnográfico, historia de vida entre otros” (p.28).

De esta forma, Córdova (citado por Casen, 2010) afirma lo siguiente:

Los campos y escenarios de aplicación de los métodos de las ciencias sociales son diversos, variantes. No hay un método único en las ciencias sociales, sino que hay muchos métodos. Así como hay pluralidad cognoscitiva, es decir, pluralidad de conocimientos teóricos para conocer los diferentes procesos que ocurren en la vida social y en la vida individual y cotidiana. (p.92).

Entendiendo la diversidad del paradigma cualitativo se aplicará el método fenomenológico puesto que se adapta a los intereses de la investigación y permite describir de manera detallada la situación de los adultos mayores en estado de abandono tal y como ellos la sienten, la perciben y la expresan, así como la indagación y exploración del contexto donde se desenvuelven y las condiciones en las que viven, que surgirá a partir de la observación y de la interacción entre los investigadores y los sujetos investigados.

Con respecto a la fenomenología Piñero y Rivera (2012) señalan que:

Es un enfoque o método que se caracterizó por su radical fidelidad a lo dado, a lo que realmente se ofrece a la experiencia, para describir los rasgos esenciales de la realidad donde los fenómenos son, simplemente, las cosas tal y como se muestran, tal y como se ofrecen a la conciencia.(p.44)

De esta forma la fenomenología es una perspectiva que alude a una manera de observar los hechos, e interpretarlos desde el punto de vista de los actores vinculados a la investigación, describiendo los hechos como lo ofrece la conciencia desde la cual se piensa y opera el proceso de indagación.

Entre los investigadores más destacados de la fenomenología se encuentran Alfred Schutz (1899-1959), Edmundo Husserl (1859-1938), Martin Heidegger (1951), los aportes más significativos de la fenomenología de Alfred Schutz radican en la *conciencia del hombre* “se interesa sobre todo por la comprensión de la acción social como el sentido que el actor asigna a su acción, es decir, el sentido que su acción tiene para él” (Schutz y Luckmann, 2003, p.22). Husserl la describe como “*ir hacia la cosa misma*” la cosa misma es la conciencia; Heidegger describe la fenomenología como lo “que permite ver lo que se muestra tal y como se muestra así mismo, y en cuanto se muestra por sí mismo” (Martínez, 2009, p. 138). En tal sentido la esencia de la fenomenología se centran en descubrir lo que está oculto en la conciencia del hombre tal y como percibe su mundo vida.

La fenomenología para Schutz tiene su esencia en el estudio del mundo de vida, “el mundo cotidiano o el mundo de vida diario son diversas expresiones que radican en el mundo intersubjetivo experimentado por el hombre dentro de lo que Husserl denomina la actitud natural” (Schutz y Luckmann, 2003, p. 22). La actitud natural está llena de presupuestos fundados en la conciencia del hombre, para Schutz son los siguientes: “a) Existencia corpórea de otros hombres b) Que esos cuerpos están dotados de conciencia esencialmente similar a la mía c) Que las cosas estructuradas en mi ambiente y la de mis semejante son las mismas y tienen el mismo sentido” (p.26).

En consecuencia el sujeto de investigación no solo es sujeto de observación sino individuos que tienen su propio mundo de vida preinterpretado y hacen sus

propias observaciones de los hechos, por lo tanto son sujetos inmersos en la realidad social que se investiga.

La fenomenología centra su atención en el hombre, en como el hombre entiende su mundo de vida y como se desenvuelve en el mundo del sentido común, de este modo el comportamiento del hombre en su mundo intersubjetivo está condicionado a tipificaciones, a situaciones culturales que son cohesionada sobre el individuo “de tal modo, la realidad del sentido común nos es dada en formas culturales e históricas de validez universal, pero el modo en que estas formas se expresan en una vida individual dependen de la totalidad de la experiencia” (Schutz y Luckmann, 2003, p. 17). De esta manera la situación biográfica del sujeto define su posición en el escenario de acción y orienta su comportamiento según como él interpreta los hechos.

En la fenomenología esa postura biográfica es de interés para el investigador desde allí surge el entendimiento, el pensamiento y percepción que tiene el sujeto sobre su mundo intersubjetivo (mundo de vida) y la actitud natural que él asume frente a la situación que está presentando, en opinión de Schutz “es la forma particular como el pensamiento de sentido común conoce el mundo social y cultural” (Rojas, 2007, p.31) en este contexto “el análisis se lleva de manera iterativa (dependiendo de las respuestas de los sujetos) sobre esas reflexiones”. (Roldán, 2008, p.29).

Respecto al análisis e interpretación fenomenológica como los datos emergen de la conciencia del hombre, el investigador debe respetar plenamente la relación que hace “la persona de su propia vivencia, ya que al tratarse de algo estrictamente personal no habría ninguna razón externa de pensar que ella no vivió, no sintió la cosa como dice que lo hizo” (Martínez 2009, p.139). Y para lograr tal cometido debe el investigador aplicar la reducción fenomenológica, según Schutz la *epojé fenomenológica* “es una suspensión de la conciencia tal que nos aparte de las

tipificaciones del sentido común... y de las idealizaciones que se generan en torno a la vida cotidiana...” se trata de incorporar en el análisis la duda filosófica. De tal modo también resulta conveniente incorporar la percepción de indicaciones, según Schutz consiste en los “...efectos que las acciones dejan en el ambiente, como son ruidos, movimiento de objetos, etc.” (Piñero y Rivera, 2012, p. 49). Tales efectos se describen como *proprios de los actores* (olores personales, ruidos, gestos etc.) Y *ajenos de los actores*, ruidos y sonidos que están en el ambiente, objetos que se mueven y olores externo al sujeto, producidos en el ambiente.

La aplicación de este método permite a los investigadores no solo observar la situación que presentan los adultos mayores sino entender su mundo vida y captar lo que está en su conciencia: *sus sentimientos* (tristeza, desesperanza y resignación respecto al abandono), *sus pensamientos* (ideas y percepción sobre el abandono), *sus vivencias* (experiencias de vida y enfermedades contraídas durante el tiempo que ha permanecido en la institución), *sus opiniones* (acerca del tiempo que ha transcurrido en ser ubicado en una institución geriátrica), *intenciones y aspiraciones* (respecto a su ubicación en una institución geriátrica y la opinión que tiene de ellas)

En este orden de ideas cuenta la opinión de los trabajadores sociales desde su perspectiva profesional, sus experiencias con los adultos mayores es fundamental para la descripción del mundo vida de los mismos, para caracterizar los factores de riesgos que se presentan e identificar el proceso de selección del INASS e IVSS que se llevan a cabo para ingresarlos en hogares sustitutos.

Todos estos hechos serán captados, sistematizados tal y como suceden, y expresan desde sus conciencias (tipificaciones, concepciones, ideas, creencias, pensamientos) los adultos mayores y los trabajadores sociales del hospital José María Vargas. En tal sentido y haciendo uso de la postura epistemológica del método (dialéctica) la exploración de estas experiencias se harán con el uso de la técnica *entrevista en profundidad*.

Grafico N° 1. *Modo de conocer lo social del paradigma cualitativo ajustado a la investigación.*



Construcción propia. Piñero y Rivero (2012).

3.2. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.2.1 La Entrevista en Profundidad.

Unos de los principios epistémicos del paradigma cualitativo es la intersubjetividad y como el investigador debe desglosar, descubrir e indagar en el mundo vida de los sujetos participantes, lo que supone una interacción dialógica entre el investigador y el informante, en aras de descubrir su dinámica diaria, su pensamiento, su aspecto subjetivo y así construir interpretaciones a partir de lo que expresa el sujeto, en acuerdo Pérez y Sánchez (2005) opina que la entrevista “es una técnica apropiada para obtener información referente a expectativas, creencias, opiniones, actitudes e intereses.”(p. 53).

Denzin (1991) (citado por Rojas 2007) “clasifica las entrevista de acuerdo al grado de estructuración, en: a) entrevista estandarizadas programadas, b) entrevista estandarizada no programadas, c) entrevista no estandarizadas o abiertas”(p. 84).

Las entrevistas no estandarizada o en profundidad en palabras de Gómez (2007) “se trata de una conversación entre dos personas dirigidas y registradas por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental.”(p. 242).

La entrevista permite recoger impresiones verbales y no verbales, indagar en las perspectivas personales y la situación biográfica desde la cual se sitúa el informante para contarnos acerca de sus emociones, conflictos, necesidades y pensamiento que se van estructurando en un componente de información subjetiva dejando en evidencia su perspectiva personal, de allí la significación del diálogo como técnica para conocer el mundo del sentido común de los adultos mayores, su percepción acerca de la situación en la que están inmerso, sus aspiraciones de ser ubicados en una institución geriátrica especializada en la atención del adulto mayor, sus intenciones de superar su situación de abandono con la integración a un grupo donde se le permita la participación, la interacción y establezca un sentido de pertenencia e identidad y afiliación.

En el desarrollo de la entrevista se aclaran términos, confusiones, ambigüedades, intenciones y presupuestos, al respecto Martínez (2012) señala:

Que a medida que el encuentro avanza, la estructura de la personalidad del interlocutor va tomando forma en nuestra mente; adquirimos las primeras impresiones con la observación de sus movimientos, sigue la audición de su voz, la comunicación no verbal (que es directa, inmediata, de gran fuerza en la interacción cara a cara y, a menudo, previa a todo control consiente. (p. 65).

Martínez (2012) indica “La entrevista se complementa posiblemente con algunas otras técnicas escogidas” (p.65), la entrevista debe incluir un tecnicismo que rescate el carácter científico, el investigador debe reunir una serie de cualidades y ejecutar técnicas que faciliten el desenvolvimiento de forma natural y evite así las interrupciones que perjudican el diálogo. Al respecto Piñero y Rivera (2012) indican una serie de tips que orientan al entrevistador:

No juzgar los planteamiento expresados por el entrevistado; prestar atención permanentemente a la palabra y expresión corporal del entrevistado; expresar en un lenguaje claro y sencillo las preguntas e inquietudes; reflejar empatía y comprensión con el mundo vivido que el sujeto exprese; mantener la organización de la situación y materiales técnicos utilizados; amplio dominio del tema tratado; invitar amablemente a la profundización, argumentación o clarificación de los planteamientos que así lo requieran.(p. 108).

En este orden de idea Martínez (2012) indica en cuanto a la conducción técnica lo siguiente:

- a) Escoger un lugar apropiado que propicie y facilite el diálogo.
- b) Debe realizar una entrevista no estandarizada, libre y flexible.
- c) La actitud del entrevistador será la de un oyente benévolo con una mente fresca, limpia y receptiva.
- d) Más que formular preguntas, el entrevistador tratará de hacer hablar libremente al entrevistado facilitando que se exprese en el marco de su experiencia.
- e) El cuestionario solo será una guía para la entrevista cuyo orden puede ser alterado.
- f) No se debe dirigir la entrevista: que el sujeto aborde el tema como quiera, tampoco se debe discutir su opinión se debe mostrar interés en lo que dice o narra.

- g) La entrevista debe grabarse por lo menos el diálogo y de ser posible también la imagen. (p.66).

La técnica de la entrevista como dice Martínez (2012) es un *arte*, las actitudes del entrevistador al momento de dirigir la entrevista es fundamental para el desarrollo de la misma, sin embargo al momento de la ejecución de la técnica debe contar con la siguiente preparación:

- a.) **Planificación:** el investigador debe indagar en el contexto donde se realizará la entrevista, “cuidando que constituya un ambiente agradable, revisar la temática, elaborar una buena guía de preguntas y anotar todas la observaciones posibles” (Piñero y Rivera, 2012, p.109).
- b.) **Desarrollo de la interacción:** comprende momentos fundamentales inicio desarrollo y cierre, el entrevistador debe acogerse a las tácticas antes expuestas para que se ejecute la entrevista de manera exitosa.
- c.) **Registro y conservación:** una vez que ha terminado la entrevista es necesario revisar las grabaciones y constatar su buen estado, desde este momento comienza el proceso de categorización para la construcción de nuevas teorías.

3.2.2. Instrumentos.

Los instrumentos fueron evaluados por el tutor académico profesor José Ibarra quién realizó las correcciones convenientes. En una segunda etapa fue remitido a la Licenciada Yhudi Chaurán especialista en el tema de abandono de los adultos mayores y coordinadora de los trabajadores sociales del Hospital José María Vargas, quien revisó y validó los instrumentos haciendo las sugerencias pertinentes para su mejora, se modificó el instrumento que se aplicará al adulto mayor en su hogar, tomando en cuenta el cambio del entorno donde se ubica el sujeto.

Los instrumentos aplicados en la investigación tienen correspondencia con la técnica escogida. Para la entrevista en profundidad se utilizarán *el grabador de audio y una guía de entrevista* algunos autores como Martínez opinan que para “La entrevista... Conviene grabarla, firmarla o televisarla para disponer después de un rico contenido que facilite el análisis y la descripción.” (Martínez, 2012, p.142).

Al respecto de las grabaciones Rojas (2007) señala lo siguiente “Los registros tecnológicos incluyen los videos, las grabaciones magnetofónicas, las fotografías. Constituyen una vía para recabar información con escasa intervención del observador que posteriormente puede ser observada” (p. 124).

Grabador de audio: existen “diversos instrumentos electrónicos que posibilitan el registro o grabado y luego la reproducción de audio o sonido” (https://es.wikipedia.org/wiki/Reproductor_de_audio_digital), la incorporación de este instrumento en la investigación responde a la necesidad de captar los relatos o diálogos y expresiones de los adulto mayores y trabajadores sociales que surgirán en el desarrollo de la entrevista. Su contenido es fundamental para el análisis de la información.

En acuerdo Rojas (2007) establece algunas consideraciones a la hora de utilizar registros tecnológicos:

- Constatar el estado del aparato: pilas, cables, extensiones, cintas. Puede suceder que las pilas se acaben en el mejor momento de la entrevista y no hayamos previsto por ejemplo, traer una extensión que nos permita colocar el aparato en un receptor de corriente eléctrica.
- Ponga atención a los ruidos y sonidos que pudieran perturbar una grabación.

- La presencia de los sistemas tecnológicos pueden resultar perturbador para los sujetos de estudios.(p.124)

La intención es prestar atención en el uso adecuado del grabador y los elementos que componen su funcionamiento: pila, memoria, cables. Así como también hacer énfasis en el fondo y evitar ruidos que impidan la comprensión del mensaje, otro elemento fundamental al inicio de la entrevista es lograr crear la oportunidad para sugerir el uso de la grabadora de audio y negociar la importancia de registrar tecnológicamente la información.

Guía de entrevista: la guía de entrevista “presentará todos los aspectos que quiera explorar con la investigación, agrupados en una serie de preguntas generales y presentadas en forma de temas, elegidos previamente, bien pensados y ordenados...” tal guía servirá para plantear las preguntas de manera ordenada y consecuente y hacer anotaciones y observaciones referente al comportamiento del entrevistado “Sin embargo el cuestionario debe ser solo una guía para la entrevista, cuyo orden y contenido pueden ser alterados de acuerdo con el proceso de la entrevista.”(Martínez, 2009, p. 94).

En relación a la estructura del instrumento aplicado en el adulto mayor, este se divide en tres partes, la primera está centrada en determinar la situación actual del adulto mayor en función de describir su situación de calle, la segunda parte centra su atención en las relaciones familiares con la intención de indagar en el trato e interacción con su grupo familiar, y la tercera parte del instrumento pretende establecer las relaciones sociales del adulto mayor con su entorno,(amigos, conocidos y vecinos).

El segundo Instrumento aplicado está dirigido a la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social del Hospital José María Vargas, el cual consta de tres partes, la primera destinada a indagar sus impresiones en cuanto al término de vejez, la

segunda parte destaca su intervención profesional en atención al adulto mayor en estado de abandono y la tercera describe el proceso de ubicación de estos adultos mayores en Instituciones Geriátricas.

3.2.3. Categorización y análisis de contenido.

Los principios fundamentales que se usarán para la categorización, serán los expuestos por Martínez (2012) en su libro *investigación cualitativa etnográfica en educación* este autor define una serie de pasos que se deben cumplir para llevar a cabo la categorización y teorización de una investigación.

Se puede definir las *categorías* como la conceptualización o codificación de expresiones de los participantes, y las *subcategorías*: son categorías descriptivas, tipos básicos que usan una tipología para definir a las categorías.

Categorizar según Martínez (2012) es:

Clasificar las partes en relación con el todo, de describir categorías o clases significativas, de ir constantemente diseñando y rediseñando, integrando el todo y las partes, a medida que se revisara el material y va emergiendo el significado de cada sector, evento, hecho o dato. (70).

La categorización y el análisis de los contenidos suponen una agilidad mental donde los procesos viajan de un lado a otro buscando un sentido a los hechos que estudia, este autor establece que *es una dialéctica entre la figura y el fondo y es continua y permanente*, por tanto desde el inicio de la recolección de información se toman diferentes tipos de anotaciones o memorandos referido a categorías y subcategorías que el investigador considere apropiada, sin embargo los procesos mentales son diferentes y cada vez más profundos en el análisis, de este modo cabe destacar los pasos o estrategias expuestas por Martínez (2012) que son los siguientes:

El primer paso consiste en dividir la página en dos tercios utilizando el lado izquierdo para categorías, subcategorías y propiedades especiales, el lado

derecho es para la transcripción de la entrevista, anotaciones y observaciones que el investigador considere relevantes, una vez concretada la transcripción inician los procesos mentales, los cuales consiste en revisar una y otra vez escritos y grabaciones, hacer anotaciones, subrayar nombres o elementos significativos.

Gráfico N° 2. Proceso de categorización.

Categorías y propiedades	Texto de las entrevistas-grabaciones-anotaciones
XXXXXXXXXXXXXX	1XX
XXXXXX	2XX
XXXXXX	3XX
XXXXXXXXXXXXXX	4XX
XXXXXX	5XX
XXXXXX	6XX

Autor: Martínez (2012)

El segundo paso consiste en la división de contenidos en párrafos que expresen una idea o en unidades temáticas.

El tercer paso implica categorizar los datos ya clasificados según Martínez (2012) “categorizar, es decir, clasificar, conceptualizar o codificar mediante un término o expresión que se inequívoco (categorías descriptivas), el contenido o idea central de cada unidad temática.”(p.75). Lofland (1971) (citado por Martínez 2012) sugiere seis componentes lógicos para estudiar los fenómenos sociales: Actos, actividad, significado, participación, relación, situaciones. Dentro de estas categorías existen subcategorías que son tipologías para definir las y diferenciarlas.

El cuarto paso indica que cuando las categorías tienen el mismo nombre pueden tener propiedades o atributos distintos por lo tanto se les asignan subcategorías o propiedades descriptivas mucho más, específicas que se encargarán

de definir las, que pueden ser causas, condiciones, dimensiones, tipos y procesos etc. “Cada investigador tiene que elaborar su propia lista.” (Martínez, 2012:15).

Quinto paso, si en la investigación se tienen varios conceptos de un mismo tema se pueden integrar en uno que permita comprenderlos, Martínez (2012) en función de esto, opina que “este proceso es análogo al de análisis factorial o del *cluster analysis* que se usan en estadística. Su fin es reducir grandes cantidades de datos o categorías a un menor número de unidades analíticas” (p.76), otros autores como Straus y Corbin (1990) lo llama *codificación axial*.

Al respecto Piñero y Rivera (2012) señalan que la codificación axial “permite codificar alrededor del eje de una categoría para añadirle profundidad y estructuración, a través del proceso de relacionarlas entre sí” (p.130).

Sexto paso, este paso supone la agrupación o creación de categorías de acuerdo a sus contenidos, Martínez (2012) indica que “este punto depende mucho de la imaginación y capacidad de cada investigador: puede ir desde un par de tijeras para recortar las categorías... hasta el uso de programas de computación... pero nunca sustituirá la intuición del investigador” (p.77).

En el *séptimo* paso se comienza a realizar una matriz (columna y líneas) para establecer relaciones y buscar nexos entre las categorías, según Martínez (2012) se busca “contraponer dos variables cualesquiera que se consideren importantes o, simplemente, para desplegar la información principal o básica de un grupo de informante.”(p.78).

El octavo y último paso es el que nos introducirá en la teorización, Martínez (2012) señala:

En este paso (teorización) la mente inicia un auténtico juego con las categorías: percibe, contrasta, compara, agrega, y ordena categorías o grupos de categorías y sus propiedades establece nexos... debe ser tal que exprese con diferentes

categorías y precise con propiedades adecuadas lo más valioso y rico de los contenidos protocolares de tal manera que facilite, luego, el proceso de identificar estructuras y determinar su función... todo lo cual nos encamina con paso firme hacia el hallazgo de teorías o interpretaciones teóricas sólidas y bien fundamentada en la información protocolar.(p.78-79).

La aplicación de este procedimiento riguroso permite la construcción de nuevas teorías, nuevas ideas y conocimientos científicos, el uso y manejo de los datos desde un primer momento pasa por una revisión mental, al cual el investigador debe someter la información para buscar lo que está oculto y fue expuesto por los participantes a manera de relato, lo que el autor denomina *acto protocolar*, toda la información al ser sometida a los diferentes pasos ya descritos y contrastada con la teoría va a arrojar conocimientos nuevos que surgirán del acto reflexivo que aplique el investigador.

Todo análisis de categoría concibe la aplicación de la epojé fenomenológica de Schutz lo cual significa el desprendimiento de todo acto de pensamiento, juicio, prejuicio, valores, creencias presupuestos y conocimientos previos acerca del tema de investigación, al respecto Martínez (2012) opina que “hay que alejar todo lo que no emerja de la descripción protocolar; de otra manera, no veremos más de lo que ya sabemos y no haremos más que reafirmarnos en nuestras viejas ideas y aun en nuestros propios prejuicios”(p.70). El objetivo básico es darle una lectura a la información tal y como son expresada por los adultos mayores, que nos lleve a la interpretación de su mundo social y permita así, el análisis reflexivo de los hechos que son propios de esta realidad, con el fin de analizar la situación del adulto mayor en estado de abandono en el Hospital José María Vargas.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

La investigación, hace referencia a la situación de abandono del adulto mayor en el Hospital Vargas, periodo 2015-2016 por consiguiente las categorías y subcategorías fundamentales e identificadas en las entrevistas son las siguientes:

1. Término vejez.
2. Relaciones Familiares:
 - a) Abandono familiar.
 - b) Apatía familiar.
3. Relaciones Sociales.
4. Estilos de vida:
 - a) Apatía social.
 - b) Acumulador (síndrome de Diógenes).
 - c) Vicios.
 - d) Ocupación.
 - e) Potencial.
5. Abordaje del Departamento de Trabajo Social en adultos abandonados.
6. Ingresos de adultos mayores abandonados en instituciones geriátricas.
7. Factores de riesgos:
 - a) Salud.
 - b) Psicológicos.

Se manejaron siete categorizaciones, en el análisis hecho a las entrevistas de los adultos mayores, y a las trabajadoras sociales, con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación. Se utilizaron seudónimos, para proteger la identidad de los entrevistados y así generar un clima de confianza que permitiera a los sujetos de investigación responder con sinceridad. Las identificaciones de los participantes quedaron establecidas de la siguiente manera:

AM1 = Adulto mayor hospitalizado - Abandonado.

AM2 = Adulto mayor que vive en la comunidad Pelayo - Abandonado.

TS = Trabajadora social que lleva el caso del adulto mayor hospitalizado.

Coo = Coordinadora del Servicio Social del hospital.

Para el análisis se usara el método: entrevistado/página/líneas

Las entrevistas a los adultos mayores, se hicieron con el objetivo de obtener sus impresiones respecto a su situación de abandono, cómo viven y entienden su mundo de vida, la entrevista realizada al AM1 se llevó a cabo en la sala 3 del Servicio de Traumatología del hospital, sitio donde se encuentra hospitalizado el adulto mayor, quién no se puede trasladar porque no posee bombona de oxígeno, desde el inicio de la entrevista el AM1 no quiso colaborar mostrando dificultades para respirar y dolores de cabeza, por lo que se suspendió la entrevista, la trabajadora social indicó que esos gestos que hacía el AM1 eran fingidos y lo hace frecuentemente para evitar el contacto con otras personas, por esta razón se entrevistó a la trabajadora social (TS) por llevar el caso del adulto mayor hospitalizado y ser quien ha interactuado con mayor frecuencia con él y con sus familiares, el objetivo de esta entrevista es aclarar detalladamente aquellos aspectos que no fueron narrados por el AM1 en la entrevista que se le realizó.

De igual modo, se entrevistó al AM2 en su vivienda ubicada en la comunidad de Pelayo en la parroquia Altagracia del Distrito Capital adyacente al Hospital Vargas, el ingreso a la comunidad se hizo con el acompañamiento de la coordinadora de Trabajo Social y dos voceros del Consejo Comunal Pelayo, quienes además de ser vecinas del AM2 se preocupan por la alimentación y el estado de salud del mismo, el primer acercamiento que hicieron las voceras con el Departamento de Trabajo Social del hospital fue con la intención de conseguir alimentos para el adulto mayor, la

coordinadora se comprometió a levantar un informe social y enviarlo a Funda Proal con la intención de conseguir una bolsa de alimento.

Se llegó a la casa del AM2 a las 9:00 am todavía se encontraba durmiendo, las voceras del consejo comunal nos manifestaron que el señor se levanta tarde porque durante las madrugadas se despierta a gritar, se levanta a las 4:00 am y se acuesta a las 6:00 am nuevamente. Las voceras nos expresaron también que unas de sus preocupaciones es conseguir alimentos y que ha llegado incluso a buscar comida en la basura. En vista de que no salía el AM2 el equipo de investigación decidió retirarse y regresar luego para hacer la entrevista.

Dos horas más tardes regresamos y el AM2 estaba despierto y nos recibió, nos permitió la entrada a su casa (con un poco de pena por las circunstancias en las que se encontraba la vivienda), logramos percatarnos de que la puerta de la entrada no tiene cerraduras y además en el piso se observaban colillas de cigarrillos, la casa no tiene luz, y en todos los espacios de la vivienda tiene acumulación de desechos sólidos y residuos de tablas, sillas rotas, puertas en mal estado, estructuras de lavadoras, cajas etc. En vista de la acumulación de desechos ubicó la cocina en la parte de arriba, en el lavadero al lado del baño, en el lavadero había ropas guindadas más desechos y la cocina estaba al lado de la batea, el baño no tenía puerta, las paredes tenían filtraciones y el piso estaba sucio, sin embargo la vivienda no producía olores nauseabundos, el señor estaba aseado, con ropa limpia y en buenas condiciones físicas.

En la casa se sentía una humedad producto de la filtración, se pudo constatar que las escalera hacia el primer piso no tenían techo y cuando llueve entra el agua a la vivienda, a tales circunstancias el señor se encontraba apenado, la entrevista se realizó en el lavadero por ser el lugar donde entraba más la luz natural, la intención de la conversación era tomar las impresiones del AM2 acerca de las circunstancias en las que se encontraba viviendo.

Cabe considerar por otra parte, la entrevista que se le efectuó a la coordinadora (Coo) de Trabajo Social del hospital con el fin de explicar el abordaje que realizaron los trabajadores sociales hacia el adulto mayor hospitalizado en situación de abandono, describir los procedimientos llevados a cabo ante el INASS y el IVSS para el ingreso de los adultos mayores en instituciones geriátricas y los factores de riesgos asociados al retardo de la ubicación de los adultos mayores en instituciones geriátricas, por último es conveniente hacer notar que la coordinadora es quien lleva el caso del AM2.

La situación de abandono de los adultos mayores está enmarcada por algunos elementos fundamentales entre los que resaltan las relaciones familiares, el abandono familiar, la apatía familiar y las relaciones sociales, en este sentido es necesario incorporar los sistemas de defensa usados por el adulto mayor hospitalizado para evitar la interacción con otras personas, de allí surgen dos elementos fundamentales que marcan la ruptura de las relaciones sociales: la apatía social y el aislamiento que este genera, no obstante no se pueden separar las relaciones familiares de las relaciones sociales y que éstas varían de acuerdo al estilo de vida y al sistema de vida que el adulto mayor haya adoptado durante su juventud y adultez.

Termino vejez.

Esta categoría centra su atención en las diferentes connotaciones que desde diferentes paradigmas se le ha atribuido al término vejez usado para identificar al adulto mayor y caracterizar el uso discriminativo de los mismos.

La vejez es un ciclo de la vida que corresponde a un proceso natural del ser humano, según Guerrini (2010), es una etapa de la vida determinada por un proceso complejo que experimentan los seres humano desde el mismo momento de su nacimiento; y sus manifestaciones son a nivel fisiológico, emocional y cognitivo,

influyendo en su bienestar, vivencias que ocurren de manera individual debido a que cada persona envejece según como haya vivido.

Sin embargo esta etapa de la vida se ve marcada por la discriminación social y usan el término de vejez, viejo, viejito en sentido peyorativo y a modo de insulto.

- En referencia al tema de la vejez nos comentaron que **“La vejez para mí es un ciclo normal que tiene que vivir el ser humano” (Coo, 22/07/2016)**, también se le preguntó acerca del término y el uso que se le da para identificar a los adultos mayores, si considera que es discriminatorio y nos indicó que **“en cierta forma, creo que se ha ido cambiando, todavía existe ehh... uno lo ve mucho a diario, en eh sobre todo inclusive en el transporte, y en la familia... se considera un término, eh, discriminatorio, peyorativo o, de descalificación, yo puedo dar ok y también eso del término de vejez va a depender de cada uno de nosotros porque cada uno de nosotros es quien mismo se envejece mentalmente” (Coo, 22/07/2016)**. En el análisis de esta categoría existen dos elementos a destacar el primero es la vejez visto como un ciclo de la vida, como un proceso natural, según Guerrini (2010), la vejez es una etapa “en el ciclo de la vida en la cual las personas poseen menos control de lo que les ocurre que en otras etapas del desarrollo, y en la cual se confrontan una serie de eventos, que pueden verse como positivos o negativos”(p.4), esta etapa de la vida viene acompañada de un declive gradual del organismo y funciones corporales que pueden impedir la independencia de la persona, aunado a esto surgen una serie de situaciones como el abandono, el aislamiento, la soledad y el rechazo familiar producto de los cambios ocurridos en el adulto mayor y de su incapacidad de cumplir con tareas que antes realizaba con normalidad (aseo personal, labores del hogar, trabajo, resolución de conflictos etc.)

El segundo elemento a destacar es el uso peyorativo del término vejez según Villa (2002), “muchas personas rechazan el calificativo de viejo debido a la carga social que se le ha atribuido, de estorbo o inútil.” (p.11), la asociación del término de vejez a carga familiar, inutilidad, enfermedad representa una imagen negativa del proceso de envejecimiento. Algunos autores como Cuddy (2005) asocian el término de anciano con fragilidad, debilidad o compasión en este sentido la coordinadora del Departamento de Trabajo Social nos indicó que **“el término adulto mayor fue implementado para dignificar a esta población y apartar los estereotipos que surgen alrededor de la vejez”**. (Coo, 22/07/2016)

4.1. Relaciones Familiares.

El apoyo familiar juega un papel fundamental para la participación e integración del adulto mayor como miembro del grupo familiar, puesto que son estos los responsables del cuidado y protección de los mismos, Caldero (2003) opina que la familia debe dejar participar a los adultos mayores en el grupo familiar en función de las respuestas que puedan dar a partir de sus experiencias ya que estas significan un aporte valioso a la hora de ofrecer varias alternativas para la toma de decisiones, la participación a su vez le da al adulto mayor la oportunidad de seguir sintiéndose útil, querido y tomado en cuenta por su familia, dando así apoyo y calidez afectiva que contribuye a mantener su autoestima estable y sus necesarias relaciones familiares y sociales, y por lo tanto el adulto mayor seguirá sintiendo que pertenece a un grupo familiar que lo respalda, protege y cuenta con él, que lo quiere y evitará que se sienta solo y abandonado.

Un aspecto significativo que influye en las relaciones familiares es la dinámica familiar. Zuñiga (2012), indica que esta se ve afectada por la “transculturización producto de la globalidad que está impactando en la estructura y dinámica familiar en

donde los ancianos se ven más desprotegido” (p.135). La transculturización trajo consigo la ruptura del modelo de familia planteado por Ander-Egg (1982) donde el grupo familiar trabajaba para el conjunto es decir buscaba la satisfacción de las necesidades del grupo familiar, aun cuando algunos de sus miembros no estuviera en capacidad de aportar. Esta dinámica ya no existe, Ramírez (1999), señala que la industrialización y urbanización intensiva, han influido de manera directa en la dinámica familiar, influencia que alude a un aspecto social del problema familiar contemporáneo en el cual la familia deja de ser una unidad económica de producción para dispersar a sus miembros en diferentes áreas de trabajo según la exigencias de la empresas modernas alejando así a los miembros de la familia.

En este contexto surgen interesantes aspectos donde el ritmo de la vida que la sociedad le impone a las familia no permite que se les dedique tiempo y cuidado al adulto mayor, negándole estímulos, afectos, seguridad y dejándolo aislado, en consecuencia cuando la familia aísla y excluye al adulto mayor, lo despoja de sus derechos y deberes y contribuye a que él se deprima, desmejore su salud y su calidad de vida, en este punto Zuñiga (2012), plantea que “el problema de los adultos mayores es que desde la misma familia y hasta la misma sociedad se les inutiliza, lo hacen a un lado porque ya no producen” (p.136), en tal sentido convierten al adulto mayor en una carga, en un estorbo donde ya no hay espacio para él dejándolo abandonado.

El deterioro de las relaciones familiares, la ruptura de la comunicación e interacción del adulto mayor con los demás miembros de su familia acentúa el abandono que estos sufren, a partir de lo explicado anteriormente se trabajarán dos subcategorías de las relaciones familiares.

4.1.1. Abandono Familiar.

Categorías y propiedades	Definición
Abandono familiar	Es la desatención, aislamiento y exclusión del grupo familiar hacia uno de sus miembros.

Según Calderón (2003), “el grupo familiar también puede llegar a excluir al adulto mayor, al no tomarlo en cuenta (si antes lo hacía), en la toma de decisiones; muchas veces considera que en lugar de agilizar las situaciones que se presentan las entorpece” (p. 70). El abandono del adulto mayor afecta su estado de ánimo, descompensa su salud, y lo ubica en una posición donde solo espera la muerte, la desvalorización de la cual es víctima el adulto mayor no solo ocurre en el seno familiar sino que es impuesta a las familias por la sociedad.

Ante esta situación Zuñiga (2012), indica que la dinámica social influye en la dinámica familiar por esto, el adulto mayor “en algunas familia, es rechazado, aislado, se les ve frecuentemente como un estorbo del que tratan de deshacerse” (p.135), de este modo al ignorarlo, rechazarlo, al privarle su participación en actividades cotidianas, o incluso al desvincularse totalmente de él, lo están ubicando en una posición de total abandono, la cual acarrea connotaciones psicológicas, sociales y económicas.

Evidentemente uno de los factores que influyen en el abandono del adulto mayor es la ruptura de las relaciones familiares, la separación del adulto mayor durante su juventud o adultez del grupo familiar acarrea grandes consecuencias, por ejemplo el desconocimiento del adulto mayor como miembro de la familia, por esta razón se describen las relaciones familiares de los adultos mayores entrevistados.

- Sabemos la importancia que tiene la familia para el adulto mayor, aspectos como comunicación, interacción familiar, cariño, afecto, cuidados y el apoyo para la satisfacción de sus necesidades serán mucho más fácil si el adulto mayor cuenta con sus familiares. En relación a su familia el **AM1** contestó que es **“mala”** (**AM1, 20/07/2016**) al respecto la **TS** indicó **“... la cuñada me dijo que él se vino a Venezuela y se olvidó de la familia allá en Colombia (...) los únicos familiares son su cuñada y tres sobrino que tiene”** (**TS, 20/07/2016**). El **AM2** se refirió de la siguiente manera acerca de su familia **“¿mi familia? bueno tengo, somos tres hermanos una hembra y dos varones y bueno vive en valencia, aquí en caracas vive mi hermano y yo”** (**AM2, 26/07/2016**). En los relatos expresados por los adultos mayores se evidencia la separación de ambos adultos mayores de su familia. Para Rodríguez:

La familia sigue siendo la célula básica para la sociedad, cuya función más importante es de crear las condiciones ideales para que el individuo se desarrolle adecuadamente al favorecer la socialización entre sus miembros, dar protección, afecto, seguridad económica para la reproducción del género humano. (2000, p. 83).

Sin embargo ante la situación que presentan los adultos mayores cabe resaltar que las diversas “modificaciones socioeconómicas experimentadas por la región han cambiado el significado y el papel de la familia. Lo cual repercute en las relaciones entre sus integrantes y afectan especialmente a los miembros de mayor edad” (González, 2011, p. 5). En este sentido podemos observar como existe un estado de abandono por parte de la familia hacia el adulto mayor, teniendo en cuenta que la familia es el arma principal para el desarrollo de sus miembros. Nos encontramos que en la sociedad co-existen estos factores generando un problema en el ámbito social porque ven al adulto mayor como una carga y no como un miembro más de la familia. Es importante para la sociedad la comprensión y protección que pueda existir

hacia este grupo etario ya que es una población importante para el desarrollo de la comunidad a través de las experiencias de vida.

De las relaciones familiares se derivan los lazos afectivos que se construyen a través de la convivencia, del compartir, del cariño, y de la frecuencia con la cual los miembros de una familia interactúan entre sí y su capacidad para brindarse protección, de allí surge la importancia de determinar la frecuencia con las que los adultos mayores entrevistados comparten con sus familiares.

- Cuando se les preguntó acerca de la frecuencia con que veían a sus familiares respondieron, **“si una cuñada vive en La Castellana, pero ya no tengo comunicación” (AM1, 20/07/2016)** a esta pregunta la TS afirmó **“... lo trajo la cuñada el año pasado, en julio del año pasado el 14 de julio y este ella al principio estaba pendiente de él... ella le dijo a la trabajadora social que tenía el caso que ella se iba ausentar un mes por, para ir al exterior y que nuevamente regresaba en enero para hacer los trasmite de la casa hogar porque ella en un principio dijo que ella no se lo podía llevar a su casa... desde enero que se fue de viaje ella regreso en marzo y ella no llamo para saber del señor si yo no la llamo ella no... me hablo y me dijo yo no voy a ir a visitarlo... no le trae ropa, no le trae nada ella lo tiene ya completamente abandonado... y atiende las llamadas cuando quiere” (TS, 20/07/2016)**, cuando le preguntamos acerca de sus sobrinos ella respondió que **“los sobrinos, menos, él sobrino me dijo que él había venido y éste se enfermó le dio una gripe que todavía supuestamente la tiene y que no va a venir más para acá y son tres sobrinos y son sobrinos, sobrinos de él” (TS, 20/07/2016)**. Por otra parte el AM2 indicó **“no... tengo tiempo que no he... tengo contacto... mi hermano lo he visto por ahí en algunas ocasiones y mi hermana la de Valencia eh esteee hace, hace ya ya**

cuanto tiempo, si como un año que no la veo año y pico.” (AM2, 26/07/2016). Para Zuñiga (2012):

El abandono es el desamparo o desatención física o afectiva y/o económica de que son objeto los adultos mayores, existiendo también la enfermedad y la soledad, que los hace muy vulnerables, siendo uno de los motivos la excesiva carga que representa un anciano en la familia. (p.135).

Respecto al aislamiento del adulto mayor por parte del familiar, González (2011), opina:

Se aíslan cada día más, disminuyendo su nivel de actividad física, llegando a tener como perspectiva la muerte, lo cual lleva a las personas más allegadas inclusive a ingresarlos en residencias geriátricas como una alternativa y desprenderse de estos ya que son considerados como una carga familiar. (p.17).

El tiempo sin tener contacto con la familia va causando un aislamiento y tiene como consecuencia un estado de depresión lo que va generando una decadencia en su vida, en muchos de estos casos se producen factores de riesgo generando enfermedades. Para el adulto mayor es muy importante el contacto familiar directo ya que siente el apoyo y la protección que estos miembros le puedan brindar en función a una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta que en estos casos de abandono va disminuyendo la calidad de vida del adulto mayor, siendo fundamental que los programas sociales diseñados por el Estado venezolano sean directos y eficaces para la protección de esta población vulnerable.

Unas de las consecuencias más notorias en el abandono del adulto mayor se refleja en la falta de sus cuidados personales, la higiene del mismo dependerá únicamente de él y podrá satisfacerla en la medida en la que cuente con un estado físico y mental que se lo permita, en este sentido se tomó en consideración el aseo e higiene personal de los adultos mayores entrevistados como categorías para su análisis.

- En el caso de los cuidados personales la TS menciona, “... **él mismo se hace sus cosas, tú no ves que a él, los pañales que tiene ahí cerca, él cuando hace sus cosas, él mismo se lava y allí mismo**” (TS, 20/07/2016), en cuanto al aseo de sus vestimentas y sábanas mencionó que una señora cristiana le colabora “**si si... hay una señora, una cristiana que ella vienen y se lleva su ropa y la lava y le trae sopita cuestiones así.**” (TS, 20/07/2016). Cuando se le preguntó si la señora interactuaba con él, comentó “**creo que no, no he estado allí.**” (TS, 20/07/2016). Según Ruiperez y Llorente (2009), “el abandono o negligencia, se considera como la no administración de los cuidados o supervisión necesarias respecto a: alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médico apropiados.”(p. 144). Es evidente la desatención o abandono que sufren los adultos mayores entrevistados, tanto física como afectiva al no poseer ningún contacto con sus familiares, para Gonzales (2011), “la familia juega un papel primordial ya que provee de ayuda y apoyo al mismo, tanto en el aspecto económico, afectivo y en los cuidados físicos.”(p.16). Aquí podemos observar como muchos adultos mayores en estado de abandono pueden sufrir las negligencias familiares en cuantos a sus cuidados, ya que no cuentan con ese apoyo importante por parte de la familia, viéndose obligado el adulto mayor a esforzarse más aun en cuanto a sus cuidados diarios hasta que ya no pueda hacerlo y resignase a depender de otras personas.

El objeto de estudio de esta investigación es el abandono de los adultos mayores en el hospital Vargas. Unos de los profesionales responsable del cuidado de los pacientes, en este caso de los adultos mayores, es el personal de enfermería otorgando cuidados “a los pacientes hospitalizados, el cual está en contacto directo con ellos, valorando y diagnosticando las respuestas humana, y brindando un cuidado integral e identificando si el adulto mayor se encuentra o percibe abandonado” (Zuñiga, 2012,

p.135), por consiguiente se describirá las impresiones de la **TS** acerca del trato que recibe el **AM1** del personal de enfermería.

- Respecto al trato de las enfermeras hacia los adultos mayores hospitalizado el **AM1** indicó que estaba “ **bien**” (**AM1, 20/07/2016**), la misma pregunta se le planteó a la **TS** quien señaló que en algunas ocasiones existe desatención, que en una oportunidad le indicó que lo limpiarán “**la enfermera no lo quiso limpiar, me dijo después del medio día lo limpio... si es que las enfermera eso le molesta y entonces yo ya no le voy a (hizo un gesto de decepción) y lo regañaron, entonces lo regañaron y dejaron...**”(TS, 20/07/2016). En otra oportunidad resaltó “**no eh mal a él lo tienen abandonado completamente y como él come, le ponen la comida allí y él se la come no te digo yo que lo tienen... como el medio se limpia y eso ellas nada ni pendiente**” (TS, 20/07/2016), al respecto Zuñiga (2012), señala:

El abandono del adulto mayor en los hospitales es una realidad que no debe soslayarse por parte del personal de enfermería, dado que es quien permanece más tiempo del día otorgando cuidados a los pacientes hospitalizados, el cual está en contacto directo con ellos. (p.135).

Viendo lo relatado por parte de la trabajadora social y la afirmación de Zuñiga en cuanto al trato de los adultos mayores hospitalizados en estado de abandono nos encontramos que existe una desatención por parte de las enfermeras y otros profesionales del equipo de salud en los cuidados diarios de esta población.

Para nosotros la atención y la protección que le pueda brindar a los adultos mayores la institución es lo más importante ya que no cuenta con un sistema adecuado para una mejor calidad de vida, aunque es una realidad la problemática que viven los hospitales en no poder contar con todas las condiciones pertinentes

para este tipo de cuidado, siendo importante el rescate del apoyo y vínculo familiar para que el adulto mayor no llegue a estas circunstancias.

4.1.2. Apatía Familiar.

Categorías y propiedades	Definición
Apatía Familiar	La indiferencia de un individuo hacia los demás miembros de la familia y que no permite la interacción con los integrantes.

La apatía familiar que presentan algunos adultos mayores hacia sus familiares dificulta aún más las relaciones familiares provocando soledad en el adulto mayor, al respecto Calderón (2003), opina que “cuando no han sabido intercambiar afecto y acciones, esto es dar y recibir durante la vida, puedes encontrarte en la vejez con una mala cosecha” (p.100) si durante su vida la persona se separó de su familia es probable que cuando sea adulto mayor, la familia no quiera hacerse cargo de él, situación que fortalece el abandono.

En efecto la forma de convivencia, el vivir solo y el carácter personal del adulto mayor tiene incidencias en la separación del grupo familiar, esa desvinculación tiene influencia directa sobre las relaciones familiares por ésta razón se tomó en cuenta la apatía familiar como motivo de abandono.

- La separación del adulto mayor con su familia se nota en el discurso de **TS** cuando nos dice “**se vino a Venezuela y se olvidó de la familia allá en Colombia**” (**TS, 20/07/2016**), y acerca de su familia aquí en Venezuela nos comentó que sus sobrinos le participaron “**él nunca estuvo con nosotros y entonces el ahora no puede pretender que nosotros estemos pendiente de**

él” (TS, 20/07/2016), en opinión de la TS indicó “él dice que él era consumidor de droga eh alcohólico y eso también hizo que la familia lo abandonara... entonces ese es el problema del señor, que nunca hizo pareja nunca tuvo hijo y entonces esta solo”. (TS, 20/07/2016). Al respecto el AM2 expresó “uno solo es como más cómodo” (AM2, 26/07/2016), en este sentido elementos asociados a la personalidad del adulto mayor, el estilo de vida que llevó durante su juventud y el consumo de drogas y alcohol forman parte de un conjunto de factores que influyen en la separación que ocurre entre el adulto mayor y su familia, por lo tanto Ruiz y Orozco indican que en esta separación interviene : “la personalidad del anciano, longevidad, evolución de las enfermedades crónico-degenerativas, disfunciones familiares, estrés del cuidador, problemas económicos, falta de apoyo familiar, deterioro funcional, abuso de drogas o alcohol”(p.148), de este modo se puede inducir que el consumo de droga y de bebidas alcohólica del el AM2 sirvieron como detonante de la ruptura de sus lazos familiares, la cual para Delgado (2012) “pueden constituirse como una causa de llegada a la calle, pero a su vez, la situación de calle representa un obstáculo para la posibilidad de formar una familia o de restaurar los vínculos rotos con la familia que alguna vez se tuvo.” (p.17).

4.2. Relaciones sociales.

Categorías y propiedades	Definición
Relaciones sociales.	Es la interacción o comunicación que establece un individuo con las personas que conforman su entorno social (amigos, vecinos, compañeros de trabajo etc.).

Todas las personas tienen la necesidad de ampliar su red de relaciones con amigos, vecinos, y comunidad más allá de su red de relaciones familiares, lo que le permitiría tener un sentido de pertenencia a un grupo o a su comunidad, compartir objetivos en común, divertirse e integrarse a través de la participación en su comunidad, con sus amistades, evitando el aislamiento social.

Las relaciones sociales son por sí mismas la materia básica de la construcción de un grupo social, según Delgado (2012) “ella constituye una serie de circuitos por medio de los cuales el individuo entra en contacto con la comunidad y ella transmite elementos de la cultura a cada ser en su individualidad” (p. 20), en otras palabras, las relaciones sociales influyen en la construcción de la identidad tanto del individuo como de la comunidad y de la cultura.

En consecuencia las relaciones sociales representan para las personas la posibilidad de satisfacer sus necesidades sociales como la de establecer relaciones interpersonales duraderas, que les permita contar con el apoyo social cuando tenga una edad avanzada (relaciones, participación en actividades sociales, identidad) y evitar así sentimientos de soledad, aislamiento social, tristeza, desesperanza y frustración, desde esta perspectiva se presentará la descripción de las relaciones sociales de los adultos mayores entrevistados.

- Respecto al trato con conocidos, amigos o compañeros del hospital la **TS** nos comunicó **“la única es la señora cristiana” (TS, 20/07/2016)**, y el habla con ella **“creo que no, no he estado allí” (TS, 20/07/2016)** en tal sentido comentó **“me imagino que así también fue de joven que era poco comunicativo y ahí se ve pues porque si no tuvo mucho contacto con los familiares que estaban aquí con los sobrinos” (TS, 20/07/2016)**, nos comentó que cuando la gente se le acerca a hablarle y **“empiezan hacerles ya muchas preguntas esa**

son las ya uno lo conoce, lo que hace como para que la gente lo deje, se hace pupú”. (TS, 20/07/2016). Cuando se le preguntó al AM2 sobre sus relaciones sociales nos dijo **“bueno siempre saludo a la gente (silencio) hablamos, compartimos cigarros”** (AM2, 26/07/2016) y de su comunicación con sus vecinos nos dijo **“si no pocas veces ¿con los amigos? Sí ¿con los vecinos? Sí”** (AM2, 26/07/2016). Cuando se le preguntó si le gusta estar solo o acompañado nos explicó **“bueno no si me gusta de repente hablar en determinado momento con las demás personas no, pero me porto bien donde voy”** (AM2, 26/07/2016), más adelante indicó que los vecinos **“colaboran conmigo y todo.”** (AM2, 26/07/2016). Para Havighurst (1972), citado por Barrantes y otros (1998) **“Enfatiza que para lograr una vejez exitosa debe mantenerse una participación activa en roles sociales y comunitarios.”** (p.25). De igual modo Vera (2007), opina que a medida en que el adulto mayor logre un reconocimiento a partir del contacto, las interacciones sociales o **“relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor.”** (p.285).

4.3. Estilo de vida.

Según Aguilar (2014), La organización Mundial de la Salud define el estilo de vida como:

Un conjunto de patrones de comportamiento identificables y relativamente estables en el individuo y en una sociedad determinada. Dicho estilo de vida resulta de las interacciones entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en que viven las personas. Algunos estilos de vida incluyen patrones de comportamiento específicos que miden el bienestar del individuo actuando como factores de protección o de riesgo (p.17).

En este sentido se comprende el estilo de vida de cada persona a través de los factores –ya sea de riesgos, de protección o comportamiento- que pueda haber adquirido en la sociedad, si observamos una conducta inadecuada o un factor de riesgo que pueda ser reflejada por el adulto mayor podríamos decir que está en proceso un rechazo social lo que conlleva a un aislamiento y en consecuencia un estado de depresión, estos casos se ven mucho en los adultos mayores que tienen el Síndrome de Diógenes el está relacionado con la recolección de todo tipo de desechos sólidos, objetos y enseres sin algún tipo de valor, lo que genera de algún modo un factor de riesgo debido a los peligros físicos que representan para el adulto mayor, tales como: un incendio, propensión a la transmisión de enfermedades. Las personas que sufren de este síndrome no aceptan ningún tipo de ayuda externa para el mejoramiento de su problema lo que va generando un abandono por parte de la familia y la sociedad.

Otro aspecto relacionado con el adulto mayor en situación de abandono tiene que ver con las vivencias de su juventud, en especial el consumo de sustancias que causan adicción pudiendo causar malestar familiar y social encontrándose la familia, la sociedad con una persona inestable.

En función del potencial y las habilidades desarrolladas por la persona, observamos que desde los programas de atención dirigidos a esta población se pudiera rescatar las experiencias vividas de estos, ya que son parte de una historia vivida.

4.3.1. Apatía social.

Categorías y propiedades	Definición
Apatía social.	Es la indiferencia de un individuo a establecer contacto con las personas que forman parte de su entorno, tomando actitudes hostiles y negativas para obstaculizar dicho contacto.

Las conductas negativas en adultos mayores obstaculizan la atención, el cuidado, la colaboración y ayuda que puedan ofrecerles familiares, amigos, vecinos e incluso médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, acrecentando su situación de abandono, soledad o aislamiento.

Para Angulo y cols (2009), este tipo de comportamiento viene acompañado de dos procesos que se relacionan entre sí, las conductas regresivas y las conductas negativas, ambas pueden distinguirse según la actitud que asuma el adulto mayor, la primera está enmarcada por un comportamiento hostil y de rechazo ante la colaboración o ayuda que le brinde el personal de salud, la segunda se vincula directamente con la acción llevada a cabo para evitar esta ayuda.

Los autores plantean una clasificación que permite describir las acciones tomadas por los adultos mayores que presentan este tipo de comportamiento, cuando se refieren a las conductas regresivas establecen que el adulto mayor se opone negándose total o parcialmente a colaborar ante cualquier sugerencia.

Otro elemento es el negativismo o rechazo activo a la ingesta de alimentos (negativa, vómito o regurgitación) al recibir tratamiento o cuidados, al mutismo total o selectivo hacia algunas personas, así como la adopción de conductas disruptivas (rabietas, gritos y llanto incoercible) y la pérdida de funciones como deambulación, control de esfínteres y cuidado personal.

De igual modo Delgado (2012), afirma que en “el adulto mayor se puede observar un uso de lenguaje no verbal menos explícito, puesto que con frecuencia asumen una postura rígida, acompañada de orientación lateral del cuerpo” (p. 25), en este tipo de comportamiento predomina una distancia interpersonal con retraimiento, timidez, aislamiento y recato, alejándose del contacto con sus pares.

En este contexto este tipo de comportamiento coloca una barrera en la red de relaciones sociales de los adultos mayores, tomando en cuenta su situación de abandono esta ruptura influye descompensando su estado de ánimo y en algunos casos generan un cuadro depresivo.

La apatía social en el **AM1** se puede evidenciar en la actitud o patrones de conducta que muestra para evitar el contacto social, empleando mecanismo de defensa y el no control de esfínteres que impiden la interacción con otras personas, en el caso del **AM2** el rechazo a la ayuda externa es una características del síndrome de Diógenes, desde esta perspectiva se procede a describir el comportamiento asumido por los adultos mayores entrevistados.

- En vista de la actitud que mostró durante la entrevista el **AM1** (se agarraba la cabeza y hacía como si tuviera dificultad para respirar) la **TS** indicó **“esa es una forma de manipular y eso que él hace así (hizo un gesto como si tuviera dificultad para respirar) eso también es manipulación porque a él tu lo ves tranquilo y en lo que empiezan hablar él comienza con eso también”** (**TS, 20/07/2016**), este testimonio evidencia un mecanismo de defensa usado por el adulto mayor para evitar el contacto o interacción con otras personas, así mismo la **TS** nos comentó que el **AM1** entorpece el contacto con otras personas y la rehabilitación ofrecida por fisioterapeutas a través del no control de esfínteres **“es manipulación es que cuando él ve que ya empiezan hacerles ya muchas preguntas esa son las ya, uno lo conoce, lo que hace como para que la gente lo deje, se hace pupú”** (**TS, 20/07/2016**). Cuando se le preguntó a la **TS** acerca de otros profesionales que se le han intentado acercar al **AM1** nos dijo **“cuando yo le dije que iba a traer una persona para que le hiciera rehabilitación, aunque sea para que medio camine, la primera vez que empezó a hacer los ejercicio estaba yo ahí y de repente sentí el mal olor, rapidito ok yo de una vez le dije a la**

enfermera que viniera a limpiar para yo poder continuar y lo limpiaron, y después la segunda vez vino igualmente apenas ella empezó se hizo, entonces claro ella tiro la toalla porque no cada vez que yo vengo enseguida, y no pudo continuar”. (TS, 20/07/2016). La apatía social se puede describir como negativismo o conductas regresivas, el deseo del adulto mayor de no interactuar, integrarse a su medio ambiente trae consigo consecuencias emocionales, sentimientos de soledad, exclusión, desesperanza, que influyen en el estado físico del mismo, respecto a la apatía social Angulo y cols. (2009), opinan lo siguiente:

La terminología con la que se describen incluye el negativismo, oposicionismo o las conductas regresivas, entre las más utilizadas. Las conductas que suelen incluirse bajo estos términos pueden englobar comportamientos tales como el rechazo de alimentos, medicaciones o cuidados - generalmente acompañado de cierto grado de hostilidad-, el mutismo, la negación activa para la deambulaci3n, el cuidado personal o el control de esfínteres, entre otras. Algunas condiciones como la resistencia a cooperar en la rehabilitaci3n funcional tras una caída, una intervenci3n quirúrgica o un accidente cerebro vascular, se incluyen también en estas descripciones. (p.182)

Según estos autores, estas conductas son activas y pasivas, la primera, son consideradas como conducta regresivas y, la segunda, son vistas como conductas negativas, las regresivas son aquellas que denotan un comportamiento hostil en contra de las sugerencias del personal médico o del cuidador y las conductas negativas son aquellas donde el individuo no interactúa con el medio para no exponerse a lo propuesto.

El **AM1** muestra claramente estos síntomas descritos por los autores entre ellos destaca el mutismo el cual es total o selectivo hacia algunas personas en este caso

médicos, trabajadores sociales, enfermeras y cuidadores, el **AM1** se aísla a través de un proceso consciente.

Otros aspectos a destacar son el mecanismo de defensa usado para evitar interactuar con otras personas y el no control de esfínteres para evitar el cuidado y la intervención de la fisioterapeuta, resistiéndose a cooperar con la rehabilitación, Angulo y cols. (2009), lo clasifican como “pérdida de funciones: (Generalmente aguda y sin causa orgánica) deambulación, control de esfínteres, cuidado personal” (183). Ambos mecanismos utilizados por el adulto mayor están dirigidos a entorpecer el contacto social y se considera como un comportamiento hostil, regresivo y negativo, que evidencian su estado de ánimo (tristeza, soledad, aislamiento y desesperanza).

4.3.2. Acumulador (síndrome de Diógenes).

Categorías y propiedades	Definición
Acumulación	Es un trastorno que tiene como objetivo recolectar todo tipo de desechos sólidos, objetos y materiales sin valor, sin embargo para la persona tienen utilidad, marcada por la incapacidad de deshacerse de los objetos que acumula.

La acumulación de desechos sólidos, enseres y objetos sin valor es un trastorno que padecen algunos adultos mayores y viene acompañado de aislamiento, soledad y rechazo a todo tipo de ayuda para Rodríguez y cols. (2014), el trastorno o “conducta por acumulación origina significativos riesgos para la salud del acumulador y para la salud pública, problemas de convivencia en el entorno familiar y vecinal y amenazas para la seguridad motivada por el riesgo de incendios” (p.665).

De este modo el autor considera que son muchos los factores de riesgos que el adulto mayor puede correr a través de este trastorno, ya que en los casos más severos usan todos los espacios donde realizan sus necesidades básicas como cocinar, dormir y lavar con la finalidad de acumular desechos sólidos, esta acumulación de materiales inútiles generan enfermedades, infecciones y desnutrición, no obstante está latente el peligro de que se produzca incendios, afectado así al adulto mayor, a su familia y a sus vecinos. Otro elemento a considerar es el rechazo y hostilidad del adulto mayor hacia la ayuda externa, llevando al adulto mayor a un estado de aislamiento social (Rodríguez y cols., 2014).

Es decir la acumulación de desechos sólidos representa para la persona un sistema de vida, una forma de llenar el vacío que existe en el hogar y la soledad que siente, por este motivo se estudió las condiciones en las que vive el **AM2**.

- En referencia al sistema de vida que lleva el **AM2** el equipo de investigación puede constatar las condiciones en la que vive producto de la observación, **“la puerta no tiene cerraduras y tiene colillas de cigarros por todo el piso, la casa no tiene luz, además en la sala, los dos cuarto, la cocina y en el comedor tiene una acumulación desechos sólidos y residuos de tabla, sillas rotas, puertas en mal estado, estructuras de lavadoras, cajas, en el lavadero había ropas guindada más desechos y la cocina estaba al lado de la batea, el baño no tenía puerta, tenía filtraciones y tenía el piso sucio, sentía una humedad producto de la filtración y que en una parte de la casa en las escalera hacia el primer piso no tenía techo y cuando llueve entra el agua a la vivienda” (I, 26/07/2016)**. En cuanto a la acumulación de desechos sólidos de los adultos mayores Rodríguez y cols., (2014), opinan que la conducta acumuladora se define:

Como un fenómeno complejo y es considerada como un trastorno cuando la excesiva acumulación de objetos, enseres, basura o su incapacidad para eliminar lo considerado inútil o aparentemente sin valor, interfiere en el desarrollo normal

(personal, profesional, económico, familiar y social) de la persona afecta, causándole un significativo estrés (p.666).

Se puede observar como el adulto mayor vive en condiciones precarias y en total abandono, cabe destacar que las características de las condiciones en la que vive el **AM2** se ajustan a las del Síndrome de Diógenes, que consiste en acumular todo tipo de desechos sólidos sin ningún tipo de valor, sin embargo para él es la forma de no sentirse solo y no caer en estado de depresión ya que él afirma que es mejor estar solo, pero hay que destacar que en estos casos el adulto mayor corre muchos riesgos, ya que no acepta la ayuda externa. Otro elemento a considerar son los riesgos de contraer infecciones o en el peor de los casos hasta puede ocurrir un incendio, según la coordinadora del Departamento de Trabajo Social, entre las posibilidades de contraer infecciones destaca la **“infección respiratoria, leptospirosis por la cantidad de ratas, el orín de ratas puede causar esa enfermedad, enfermedades de la piel muy fácil mente” (Coo, 22/07/2016)**. Esta situación representa para el adulto mayor un factor de riesgo, la acumulación de objetos inflamable coloca en riesgo su vida y la de sus vecinos.

Otro elemento a destacar son las enfermedades por infección que atentan contra su estado de salud, como la leptospirosis que es una enfermedad producida por el orine de ratas, causando en la persona en el peor de los casos una infección respiratoria, es una enfermedad causada por una bacteria llamada leptospira, según Hipólito (2005), la infección con Leptospira ocurre “mayormente cuando las personas tienen contacto con superficies, suelo, agua o alimentos contaminados con la orina y otros fluidos corporales (excepto saliva) de ratas, ratones y otros animales infectado”(p.1), en las condiciones que vive el **AM2** esta enfermedad es un riesgo, existe la posibilidad de que por la acumulación de desechos sólidos en su hogar éste se convierta en madrigueras de roedores. Las consecuencias la describe Hipólito (2005), indicando que los síntomas son “fiebre, dolor de cabeza, escalofríos, dolor muscular, vómitos y diarrea. También, hay amarillamiento de la piel y los ojos (...) Si no se trata a tiempo

(...) puede sufrir daños en los riñones y en el hígado, meningitis y dificultad para respirar” (p.1), el **AM2** está en una situación de vulnerabilidad no solo por el abandono que presenta, sino por los riesgos que corre viviendo en esas condiciones.

4.3.3. Vicios.

Categorías y propiedades	Definición
Vicios	Consumo excesivo de una sustancia (alcohol, drogas, cigarrillos etc.) que afecta su organismo (estado de salud) y relaciones sociales (interacción).

Otros de los hallazgos que arrojó la investigación es el consumo de drogas y de bebidas alcohólicas durante la juventud y adultez del **AM1**, por consiguiente se incorporó como subcategorías del estilo de vida, los vicios que tuvo el **AM1** entendiendo la influencia que tiene en las relaciones familiares.

Según López (2011), “el ser humano ha buscado formas de alejarse de la realidad o de aligerar el estrés de distintas formas, hoy en día las drogas se han vuelto una de las más escogidas entre personas de todo el mundo” (p.9), estos tipos de vicios como las drogas, tabaco y alcohol son los más demandados en estos individuos que ven este mecanismo como una salvación para las soluciones de sus problemas.

Así mismo Castro (2012) indica que los adultos mayores experimentan situaciones sociales “como el abandono, la soledad, la incomprensión familiar, la falta de inserción social, etc.; lo que puede llevar al aumento de consumo de alcohol y drogas tanto lícitas como ilícitas” (p.48).

De este modo Areces (2006), establece que cuando se habla del consumo “de drogas y de los problemas asociados, también hemos de hablar de la familia, porque los sufre, tiene un papel importante en su prevención y también en su evolución y solución”. (p.1), en otras palabras el consumo de drogas tiene influencia en la rupturas de las relaciones familiares y sociales de las personas, trayendo cómo consecuencia una vejez en soledad, aislamiento y abandono.

- El estilo de vida que haya adoptado el adulto mayor durante su juventud tiene incidencia en las relaciones familiares y sociales de la persona en tal sentido cuando se le preguntó al **AM1** si en su juventud y adultez poseía algún vicio nos respondió **“no trabajaba fumaba mucho y mucho vicio”** (**AM1, 20/07/2016**). En tal sentido se le preguntó si a consecuencia de eso quedó en situación de calle y nos dijo **“si quedé en la calle me quedé sin vivienda, por tuberculosis, fumaba demasiado y mucha caña”** (**AM1, 20/07/2016**). La **TS** completó la información cuando nos indicó **“él dice que él era consumidor de droga... eh alcohólico y eso también hizo que la familia lo abandonara”** (**TS, 20/07/2016**). La cuñada también les comunicó **“lo que sé es que él y que consumía su droga y alcohol, la misma cuñada dice y él también que le dijo al doctor que en su juventud hizo desastre y por eso todo lo que, estas enfermedades”** (**TS, 20/07/2016**). Del mismo modo el **AM2** nos comentó que no tiene vicios de alcohol ni de drogas excepto **“fumar unos cigarrito”** (**AM2, 26/07/2016**). cuando se le preguntó desde cuándo tiene ese vicio respondió **“desde los dieciocho, veinte años por ahí”** (**AM2, 26/07/2016**). Córdova (2007), nos señala cómo el consumo de estupefacientes y sicotrópicos pueden causar daños éticos y morales en la vida cotidiana de una persona cuando indica que:

De acuerdo con diversas investigaciones el uso, abuso y dependencia de drogas, bebidas alcohólicas y tabaco ocasionan pérdidas incalculables en forma de años de vida saludable, baja productividad, ausentismo laboral, deserción escolar y sobreutilización de servicios de salud.(p.24)

El mismo autor plantea que el consumo de drogas, alcohol y tabaco tiene repercusiones sobre el individuo y su relación familiar así como sus relaciones sociales, al indicar que la persona lo hace “en perjuicio de su salud física y psicológica, la de su familia y la su entorno cercano” (Córdova, 2007, p.23), la incidencia que tiene el consumo de estupefacientes y sustancia sicotrópicas en la juventud y en una edad ya avanzada conlleva que exista un rechazo familiar que trae como consecuencia el abandono, o en tal caso que la persona decida separarse de su grupo familiar y llevar un estilo de vida desvinculado de la coacción familiar y social, las consecuencia de este estilo de vida recoge sus fruto en la vejez (soledad, abandono, aislamiento, rechazo entre otros)

4.3.4. Ocupación.

Categorías y propiedades	Definición
Ocupación	Actividad laboral llevada a cabo por una persona para conseguir ingresos que le permitan satisfacer sus necesidades

Según Allan y cols., (2005), la ocupación se divide en tres tipos de actividades, una de ellas no lleva a las “actividades de trabajo remuneradas o no, es decir, aquellas que proporcionan un servicio a la sociedad (a un miembro, a varios o al conjunto).” (p.3). En tal sentido se refiere al trabajo que desempeñaba el adulto mayor antes de estar en situación de abandono.

Barrantes y cols., (1998) establecen lo siguiente:

La pérdida de poder adquisitivo producto del cambio de roles a los que se enfrentan los adultos mayores repercute negativamente en su calidad de vida. Necesidades primarias como la alimentación, conservación de la vivienda, arreglo y Cuidado personal, precisan de una inversión permanente que los adultos mayores, la mayor parte de las veces, no pueden afrontar.(p.23).

En este contexto la ocupación del adulto mayor toma relevancia, es necesario determinar la ocupación que desempeña la persona durante su vida, ya que va a repercutir en sus ingresos económicos cuando sea adulto mayor y éste estimulará la satisfacción de sus necesidades, por esto se estudiará la ocupación desempeñada por los adultos mayores antes de estar en situación de abandono tomando en cuenta si esta es formal o informal.

- En referencia a la ocupación de los adultos mayores antes de llegar a su situación de abandono la TS comentó **“él era comerciante, ajá, por cuenta propia él y que cargaba... vendía frutas eso también lo dijo la ex cuñada de él que él vendía fruta por los alrededores del fuerzas armada de eso era que él se mantenía”**. (TS, 20/07/2016). Del mismo modo el AM2 indicó lo siguiente acerca de sus ocupaciones anteriores **“bueno yo vendía café pero con el alza de café sabe que subieron el precio no, este no pude seguir trabajando vendiendo café porque conño me agarro de sorpresa y no pude hacer pues el monto para costear el café yo lo compraba en veintitrés bolívares y de repente lo dispararon a mil bolívares mil quinientos el medio kilo dos mil quinientos el medio kilo conño”** (AM2, 26/07/2016). También se le preguntó si antes de eso tenía otra ocupación **“Ah (sorprendido) vendí perro caliente un año, año y pico”**. (AM2, 26/07/2016). Ambos adultos mayores pertenecieron al comercio informal en su adultez, esto los deja en una situación de desventaja, ya que no les permite contar con una pensión por jubilación en esta etapa de su vida, dificultando el acceso a alimentos, salud y vivienda, según el Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales ILDIS (2005), en Venezuela los trabajadores de la economía informal **“están totalmente desprotegidos frente a las contingencias de accidentes de trabajo, enfermedad, desempleo, falta de vivienda, vejez y cargas derivadas de la vida familiar”** (p.25), por lo tanto el adulto mayor que

durante su juventud y adultez se dedicó al comercio informal en la vejez no cuenta con el respaldo del seguro social, de este modo la manutención que conseguía a través de la economía informal se ve comprometida, para el ILDIS (2005), esta situación ha llevado a la conformación de una tendencia histórica que ha venido creando las “condiciones para la generación crisis social de la población de adulto mayor donde existirán millones de personas mayores de 60 años sin ningún tipo de ingreso para satisfacer a sus necesidades”(p.26), encontramos como estos adultos mayores llegan a esta edad sin tener algún tipo de protección social lo que genera un estado de pobreza en el cual se le hace muy difícil su subsistencia llegando así a una situación de calle.

Según Reyes (2003), “la población anciana presenta carencias de recursos económicos y/o bajos ingresos que no les permite satisfacer necesidades básicas como: alimentación, vestido, vivienda y salud” (p.224), a este punto se le suman otras aristas, como por ejemplo la pensión por vejez y la pensión por jubilación, ambas asignaciones económicas son suministrada por el Estado, la pensión por jubilación es un derecho del adulto mayor que se le otorga cumpliendo ciertos requisitos del IVSS como un mínimo de 750 cotizaciones, y la pensión por vejez llega al adulto mayor como política de Estado. Ambos adultos mayores estuvieron incorporados al comercio informal, partiendo de este hecho surge la necesidad de indagar acerca de sus ingresos económicos.

- En cuanto a los ingresos económicos devengados por los adultos mayores la TS dijo que el AM1 “**no tiene ninguno**” (AM1, 20/07/2016). Se le preguntó al AM2 si en la actualidad tiene algún trabajo y contestó “**Además de café ah bueno ayudo a recoger los cono eh en El Recreo en la línea del Recreo**” (AM2, 26/07/2016), entonces se le preguntó cuánto ganaba y nos dijo que “**la gente me da cien bolo ciento cincuenta bolívares**” (AM2, 26/07/2016) Se le preguntó si recibe pensión o alguna asignación económica

por parte del Estado y respondió “**no nada de eso**” (AM2, 26/07/2016), esto comprueba que ambos adultos mayores no reciben ningún ingreso por pensión o por jubilación y mucho menos ejecutan una actividad laboral en la actualidad, en tal sentido están sufriendo las desventaja del comercio informal, cuando llegan a esta etapa de su vida no tienen ninguna retribución económica del Estado, situación que dificulta el abandono del cual son víctimas, al respecto Delgado (2012), plantea:

Cuando recién entra el adulto mayor en un proceso de abandono, la mayoría no cuenta con un ingreso fijo, lo cual lo lleva a tratar de conseguir formas de alimentarse y de mantenerse activo; aquello lo lleva en muchos de los casos a una situación de calle; que le van a dar desventajas en relación a otros que no son abandonados. p.20

No contar con ningún ingreso económico lleva al adulto mayor a buscar alimentos en la calle, incluso en los vertederos de basura, voceros del Consejo Comunal Pelayo nos informaron que el AM2 ante la coyuntura económica y alimentaria que vive el país ha optado por buscar alimentos en los vertederos de basura.

4.3.5. Habilidades sociales.

Categorías y propiedades	Definición
Habilidades sociales	Habilidades y destrezas que posee una persona y que puede ser aprovechado para su beneficio.

La participación activa de los adultos mayores en el ámbito comunitario y social genera mejores expectativas de vida ayudando al adulto mayor a adaptarse a los cambios que debe afrontar, en estos principios se fundamenta la teoría de la actividad, el desarrollo del potencial de los adultos mayores permiten involucrarlo en actividades que fortalezcan su sentido de pertenencia e identidad.

Según Havighurst (1963), y Maddox (1974), (citado por Barrantes, 1998) plantean con respecto a la teoría de la Actividad:

1) Restitución de roles o actividades para enfrentarse a pérdidas y aumentar estima propia. 2) A mayor número de actividades o roles posea el anciano mejor se adapta a la vejez. 3) Debe mantenerse un nivel de actividad parecida a la edad mediana. 4) Enfatiza la interacción e integración para mayor satisfacción de vida. 5) Una vez logrado supone el descubrimiento de nuevos roles o conservar los antiguos. 6) Existe una relación positiva entre la actividad y satisfacción de vida. (p.26).

La teoría de la actividad tiene consonancia con el desarrollo de potencialidades como medio para insertar al adulto mayor en su comunidad y que le permitan al adulto mayor aumentar su autoestima y a su vez transmitir sus conocimientos a nuevas generaciones.

- El potencial en los seres humano es fundamental aún más cuando se llega a una edad avanzada donde los conocimientos, habilidades y destrezas pueden generar una opción no solo para distraerse sino para transmitir las vivencias a otras generaciones, en efecto durante la entrevista hecha a los adultos mayores se identificaron posibles potencialidades que se pueden desarrollar, al respecto el AM2 nos dijo **“ intento desarrollar la guitarra yo tuve cuatro años de solfeo cuatro años de teoría y solfeo aprobado si le escrito un poco de música entonces siempre me pongo a hacer ah la guitarra no, para conocer la guitarra aprender hacer melodía”** (AM2, 26/07/2016). Le preguntamos si todavía tocaba la guitarra **“si, aunque le hacen falta tres cuerdas tengo tiempo que no he podido ponerle las cuerdas...si se me rompieron la prima, la cuarta y la quinta y bueno de tanto dale no, y tengo varios días así no he podido conseguirles las cuerdas”** (AM2, 26/07/2016). Se le preguntó si sabía tocar algún otro instrumento y nos comentó **“bueno además de guitarra he trabajado el bajo... el bajo si me**

puse a estudiar el bajo y bueno lo desarrollé como se estructura y algún poquito de ritmo no y batería rítmica batería percutiva batería de tambores, he trabajado también bastantes técnica no. de batería.” (AM2, 26/07/2016). Strejilevich (2004), nos indica que los adultos mayores tienen la capacidad de seguir mostrando sus habilidades “Las personas mayores son parte integrante y decisiva en el desarrollo de la comunidad y deben participar y actuar en sus profesiones, en tareas solidarias o de voluntariado” (p.35). Las potencialidades o habilidades que poseen los adultos mayores, son muy importantes ya que podemos aprender mucho de ellos de acuerdo a sus experiencias, su participación en la comunidad es indispensable para el desarrollo social, se identificó como el **AM2** señala el aprendizaje y habilidad que tiene con la guitarra, la batería rítmica y el bajo, estas experiencias permitirían potenciar la cultura a través de sus enseñanzas en su comunidad, donde su participación sea valorada y respetada con el fin de obtener mejor calidad de vida.

Un aspecto significativo relacionados con las habilidades y destrezas de los adultos mayores entrevistados, son las actividades de esparcimiento que realizan, en tal sentido se incluyeron las actividades recreativas como ítems que identifican las habilidades y destrezas de los adultos mayores.

- En relación a las actividades recreativas que puedan realizar los adultos mayores, la **TS** expresó **“aquí no, no él llegó aquí y se quedó allí y poco a poco se fue quedando acostado, cuando están en situación de abandono difícilmente caminen y paseen por los pasillo” (TS, 20/07/2016).** Por el contrario el **AM2** nos indicó lo que hace para recrearse **“Bueno caminar, intento desarrollar la guitarra” (AM2, 26/07/2016).** Le preguntamos con qué frecuencia lo hacía **“todos los días doy una caminadita porque me**

siento, como para agarrar aire” (AM2, 26/07/2016). En cuanto a cómo era un día en su vida nos dijo **“bueno eh algo variado a veces se viene la gente nueva a... a ver buscar de hacer algo otra cosa a veces bueno generalmente no bueno me levanto voy paseo por ahí este hago, tengo un sitio donde hago cosas como recojo cono, recojo los cono y me dan algoito me dan cien bolívares es un favor” (AM2, 26/07/2016).** Para villa (2002) citando al Dr. De Vries (1970) aseguró que “la importancia de la actividad física en la vejez es tal, que hasta incluso el deterioro del aparato locomotor no es secundario al envejecimiento, sino a la falta de actividad física”(p.57), en este sentido el mismo autor plantea que la “edad no tiene relación directa con la capacidad física; a cualquier edad se puede empezar a hacer ejercicios, solo hay que proyectarlo de manera individual para cada adulto mayor (p.58), respecto a las caminata que hace el **AM2** el autor afirma que “de todas las actividades deportivas, las que tolera mejor los adultos mayores son las caminatas”(59), del mismo modo lo asegura Calderón (2003), cuando dice las caminatas son un “ejercicio que tienen a mano, sin planificación. Con ese privilegio que tienen a mano de la locomoción. El caminar, trotar o correr (de ser posible) son quizás uno de los ejercicio que condiciona mejor el cuerpo.”(p.43). Las actividades físicas y recreativas en el adulto mayor son necesarias para mantener su estado de salud, aunque no se cuente con estas actividades en los hospitales es necesario el esparcimiento en los adultos mayores, no solo les daría un sentido de pertenencia, de identidad con el grupo, sino que estimularía el funcionamiento de su organismo de allí la necesidad de que ingresen en instituciones geriátricas donde se cuente con personal adecuado.

El mismo autor plantea que el profesional debe ayudar al adulto mayor a resolver problemas situacionales, se debe practicar un protocolo que permita atender a la personas de avanzada edad en situación de abandono.

4.5. Abordaje del Departamento de Trabajo Social.

Categorías y propiedades	Definición
Abordaje	Intervención del trabajador social ante la realidad que presenta los adultos mayores en situación de abandono en el hospital, con el objetivo de modificarlas.

La intervención del trabajador social en el ámbito gerontológicos debe regirse por mejorar el funcionamiento de los individuos es decir la relación del adulto mayor con su medio ambiente (físico y social y sus estados emocionales), entender al adulto mayor en su complejidad, por lo tanto debe darle una visión integral a las necesidades de los adultos mayores en situación de abandono, debe tomarse en cuenta para la intervención patrones culturales, estilos de vida, vivencias y experiencias acumuladas según Guerrin (2010), el adulto mayor trae consigo un “caudal de experiencias, condiciones de salud y actitudes, diversos patrones de comportamiento y estilos de vida y una gran variabilidad en niveles de funcionamiento físico y emocional”(p.10), por lo tanto la intervención no se puede focalizar hacia el cambio de personalidad del adulto mayor sino que debe fundamentarse en principios universales e integrales que resguarde y proteja al adulto mayor ante contingencias como el abandono.

Continua diciendo Guerrin (2012), que “la intervención del trabajador social consiste en permitir a la persona/sujeto desarrollar sus capacidades, ayudarlo a modificar su situación y finalmente ayudarlo a resolver sus problemas” (p.9), en este contexto definir el abordaje de los trabajadores sociales implica describir los procedimientos llevados a cabo para generar una respuesta a la situación, conflicto o fenómeno social en la que están inmerso los adultos mayores, en este caso se hace referencia al abandono que sufren por sus familiares en el Hospital José María Vargas. Tales procedimientos plantean su accionar en una serie de pasos que se tratarán a continuación.

- En el abordaje que le brindan los trabajadores sociales a los adultos mayores su principal función es de mediador entre las instituciones, las familias y las personas de avanzada edad, en este sentido la coordinadora expresó las diferentes formas como llegan los adulto mayores al hospital **“normalmente llega por supuesto por la entrada del hospital , por el área de emergencia, traído por los bomberos que lo consiguen por la calle tirado , por conocidos o vecinos o traídos por el mismo familiar ok, y cuando muchas veces lo trae el familiar viene con toda una historia de ellos o sencillamente van y compran un jugo y se van... otra modalidad ellos vienen por sus propios pies se mantienen días durmiendo en la rampa, en las áreas de alrededor o se sienten mal porque no han comido o recibieron un golpe o algo así hay que recogerlo alrededor de la puerta de emergencia o en la rampa de emergencia”** (Coo, 22/07/2016). La manera como llegan los adultos mayores indica que ya son abandonados antes de ingresar al hospital o que viven en situación de calle y no pueden satisfacer por sí solos sus necesidades, cabe resaltar las diferentes modalidades de cómo llegan al hospital, son traídos por bomberos, familiares, conocidos o ellos mismos se acercan al hospital, González (2015) opina: “los adultos mayores con padecimientos propios de su edad son abandonados a su suerte en los hospitales, donde generalmente los ingresan y después nadie ve por ellos” (González, 2015: 6), más adelante reza el artículo que una abuelita fue abandonada y “la persona que la abandonó a las puertas del Hospital Vargas, en la parroquia San José de Caracas el lunes 8 de junio, dijo que iba a comprar un jugo y jamás regreso” (González, 2015: 6), como llegue el adulto mayor al hospital no es lo relevante lo que preocupa es la respuesta que el Estado le brinda a este grupo, la descomposición familiar y social, que denigra y excluye al adulto mayor inclusive de las políticas sociales.

- Una vez ingresado el adulto mayor al centro de salud la prioridad es la atención médica, la coordinadora relató que una vez que están en el hospital **“comienza la pelea por parte de nosotros para que lo puedan evaluar y lo puedan ingresar, porque no quieren evaluarlo, si no se hace la pelea aquí se busca al director, se busca al subdirector... no les gusta los casos sociales”** (Coo, 22/07/2016), que los médicos no le guste atender a las personas en situación de calle dificulta el abordaje de los trabajadores sociales e impide el ejercicio de del derecho a la salud que tienen los adultos mayores. El primer paso, es **“Inmediatamente solicitar al SAIME, una reseña dactilar o de dactiloscopia ok, y tomar sus huellas y luego ella nos da un reporte, ellos revisan en su data y allí ellos nos pueden dar un reporte del paciente”** (Coo, 22/07/2016). Esto se hace con el fin de identificar a la persona, una vez identificado el paciente se procede **“a buscar la data del CNE, del seguro social, por la página del INASS o sencillamente por datea, una página que se llama datea que localiza una data de los venezolanos que tú puedes buscar un poco y allí te aparece, este sobre todo el centro de votación y te puede orientar donde quizás vivía la persona”** (Coo, 22/07/2016), el recurso del interne permite localizar o ubicar la zona donde vivía la persona a través de la dirección donde ejerce su derecho al voto, es un indicio que puede acercar a los trabajadores sociales a la familia del adulto mayor. El siguiente paso es intentar localizar a los familiares a través de **“llamados radiales por la diferentes emisoras... también un recurso importante que es el periódico ultimas noticias, este periódico tiene una sección que se llama la voz del lector... se notifica telefónicamente y por la página de internet de ultimas noticias en la voz del lector se manda todo un resumen del caso y la fotografía y ellos la publican en la prensa... o inclusive por los Facebook, si nos dan un apellido que no es común uno busca y se ha localizado la familia”** (Coo,

22/07/2016), se utilizan diferentes mecanismos para ubicar a los familiares del adulto mayor y las redes sociales juegan un papel importante en la búsqueda de sus familiares, en caso de localizar a la familia o de que la persona sepa donde viva o que un conocido suministre la información se procede con la visita a domicilio **“si en tales casos tenemos una dirección el paciente viene de una pensión o dice que tiene una casa o el vecino dice que vive en tal , entonces hacemos lo que llamamos la investigación al medio íntimo familiar y el contexto social... visita domiciliaria”** (Coo, 22/07/2016), la visita a domicilio permite constatar las condiciones en la que viven los adultos mayores, si viven con algún familiar o viven solo y si la persona esta apta para satisfacer sus necesidades será determinante para el regreso a su vivienda en caso de poseerla, de lo contrario se solicitará su ingreso a una institución geriátrica, así lo afirma la coordinadora del Departamento de Trabajo Social **“la investigación del medio íntimo familiar, verificamos la existencia de familiares y amigos , verificamos las condiciones de la residencia anterior con la visita domiciliaria, valoramos el bienestar integral del paciente es decir su condición física nosotros si hacemos toda la investigación y no tenemos ningún grupo de apoyo para que regrese bien sea la pensión, a la vivienda porque hay veces que un adulto tiene casa propia, apartamento propio, pero no tienen a nadie, entonces aun cuando tenga su vivienda no lo podemos regresar, ¿ quién los va a cuidar?, una vez ya hecha, cerrada nuestra investigación se decide que adulto mayor tiene que ingresar a un centro, como institución tomamos la decisión que debe ingresar a un centro, entonces allí comienza el otro proceso”** (Coo, 22/07/2016).

- En caso de que el paciente sea extranjero, indica la coordinadora que el procedimiento varía **“hemos tenido muchos casos que son extranjeros que se vinieron de esos países, cuando yo digo extranjeros me refiero Colombia, República Dominicana, Españoles muchos, Portugueses**

muchos, sobre todo Portugueses y Españoles y últimamente Colombianos” en este caso “cuando son paciente extranjeros se hace un contacto con las embajadas o los consulados... España hasta no hace mucho era el único que tiene una excelente respuesta... Entonces ellos tienen un trabajador social que inmediatamente viene evalúa el caso aquí en sala , se comunica según los datos del si tiene pasaporte, revisa si tiene familiares allá si tiene alguna familia que en tales caso se decida a trasladar al paciente pueda recibirlo, si tiene un grupo familiar , entonces ellos hacen una investigación a nivel de su país natal y lo revisan aquí, en tales casos si no hay alguien allá que lo pueda recibir, y si el señor no tiene nadie aquí que lo pueda también recibir o atender o apoyar una vez dada de alta médica ellos tienen algunos centros que lo ingresan... con los consulados latinos, pasamos trabajo nunca tienen dinero, sin embargo nos han apoyado una vez en Brasil otro en República Dominicana, el último fue en república dominicana se llevaron una abuela de aquí” (Coo, 22/07/2016). Muchos extranjeros han llegado al país, han vivido en pensiones, apartamentos alquilados, no conformaron una familia y rompieron con sus vínculos familiares y al no poseer la capacidad para trabajar no son recibidos en sus viviendas, ahora si el adulto mayor está en condiciones de vivir solo se regresa a su casa, “si el adulto mayor está en buenas condiciones lo llevamos hasta la puerta de su casa, por supuesto buscamos apoyo de la comunidad del consejo comunal y lo llevamos a su casa” (Coo, 22/07/2016). En caso de que el adulto mayor no esté en condiciones óptimas para ser dado de alta, de que no cuente con vivienda ni con apoyo familiar se procede el próximo paso, definido por la coordinadora como el de “construir un buen expediente social**” (Coo, 22/07/2016), que recabe toda la información obtenida de la visita domiciliaria, haciendo una cronología desde el momento que llegó al hospital hasta cuando es referido a una institución geriátrica.**

- Durante el tiempo que permanecen en el hospital los adultos mayores, el Departamento de Trabajo Social debe garantizarle los insumos necesarios para su higiene personal y la atención médica, así lo afirma la coordinadora **“mientras ellos están aquí trabajo social tiene que: garantizarle artículo para su higiene ósea hablamos, sábanas, paños , hay muchos que no controlan esfínteres y deben hacer uso de pañales, ok, artículo de higiene de cómo está la situación la cosa se pone cada día más crítica, todos los estudios que requiere el paciente que no lo hacen en el hospital, lo tiene que canalizar el trabajo social, estudios para clínicos”** (Coo, 22/07/2016), si el adulto mayor cuenta con el apoyo de sus familiares los trabajadores sociales hacen el acompañamiento y orientan el proceso bien sea para el ingreso del adulto mayor en instituciones geriátricas o para el regreso del adulto mayor a su vivienda **“si hay conocidos o familiares, se hacen en conjunto, porque algunas veces tienen familia, pero bueno, se rescata la familia y ellos dicen “si yo te voy apoyar para ingresarlo en un centro no lo voy a dejar abandonado”, se hace el trabajo y el proceso en el familiar, bien se hace todo”** (Coo, 22/07/2016), sino la responsabilidad recae sobre el Departamento de Trabajo Social.
- Si el adulto mayor abandonado en el hospital no cuenta con ningún familiar ni conocido y no se logra ingresar en una institución geriátrica y lamentablemente fallece en el hospital la responsabilidad de la logística para la inhumación recae sobre los trabajadores sociales, en este sentido la TS relata que **“en caso de que fallezcan nos toca enterrarlo a nosotros y el cementerio nos da ataúd y fosas, bueno ahorita hay veces que tenemos problemas con las fosas que no tenemos aquí tampoco a veces se nos dona, entonces hacemos contacto con las funerarias, por ejemplo la vallet nos ayuda mucho con, nos dona muchos ataúd pero el terreno y eso nos lo**

da el cementerio, igualito, hay unos impuesto que hay que pagar que sale del bolsillo del trabajador social” (Coo, 22/07/2016),

- El último paso es hacer que los adultos mayores abandonados ingresen a las instituciones correspondientes, en palabras de la coordinadora consiste en **“hacer la remisión a los entes competentes, entonces comienzan las llamadas telefónicas las visitas a las diferentes instituciones que nos pueden ayudar en función de eso, eso en cuanto a la parte del caso de Casa Hogar... ¿Cuáles son las instituciones que tienen competencia? El INASS, el Seguro Social y Gobierno del Distrito Capital...” (Coo, 22/07/2016).**

En el análisis de esta categoría, es importante resaltar varios elementos como por ejemplo, cómo llega el adulto mayor al hospital, los Bomberos llevan al adulto mayor en situación de calle al nosocomio y lo dejan en la entrada de la emergencia sin suministrar ningún tipo de información personal ni de la ubicación de donde encontraron a la persona, este hecho implica que los trabajadores sociales recurran a otra institución como el SAIME (Servicio Administrativo de Identificación, Migración y Extranjería) para la verificación de cédulas de identidad, según la página oficial de este organismo “es un mecanismo mediante el cual un importador o interesado puede validar que la información contentiva en este documento es verídica y por consiguiente coincide con la data que reposa en los archivos del servicio de identificación del estado” a través de esta institución se pretende identificar al adulto mayor y verificar sus datos, si los posee.

Otras herramientas utilizadas una vez que es identificado el adulto mayor son las páginas web, que se caracterizan por manejar datos personales, como la ubicación del sitio donde los ciudadanos venezolanos y extranjeros registrados ejercen sus derechos al voto, entre ellas se destaca la página oficial del Consejo Nacional Electoral (CNE), se recurre a este medio con la finalidad de indagar acerca de lugar donde vive la

persona. La página Datea también permite ubicar la dirección del domicilio de los adultos mayores abandonados en el hospital, ya que datea “es el portal líder en gestión, búsqueda y localización de documentos, registros públicos e información pública, permitiendo a las personas, familias y organizaciones acceder en línea a una amplia variedad de contenidos” (consultada el 01-09-2016: www.datea.com), si no se pueden localizar las direcciones de los adultos mayores por este medio se buscan a través del Facebook, cabe destacar que en caso de no obtener ninguna información por esta vía, los trabajadores sociales acuden hacer llamados radiales con los datos personales del adulto mayor, el periódico Últimas Noticias también ofrece una ventana a través del cual se publican fotos del adulto mayor con sus datos personales, con la intención de que los familiares lo reconozcan y acudan al llamado.

Es interesante el abordaje que le dan los trabajadores sociales a los adultos mayores hospitalizados que se encuentran en situación de abandono e incluso el protocolo de acción se puede enumerar de la siguiente manera:

1. Lograr que atiendan al adulto mayor.
2. Identificar al adulto mayor (si no posee documento personales se acude al SAIME para hacer la prueba dactiloscopia).
3. Consiste en localizar la ubicación de su vivienda y a sus familiares (a través de llamados radiales, periódicos, páginas web y Facebook).
4. Visita a domicilio.
5. Construcción de historia de vida (informe social).
6. Solicitud para el ingreso del adulto mayor en instituciones geriátricas (con el acompañamiento familiar o solo).
7. Orientación familiar.

8. Conseguir artículos de higiene personal para el adulto mayor.
9. Realizar los procedimientos necesarios en caso de que fallezca el adulto mayor.

Cada uno de estos pasos está fundamentado por Moreras (2012) cuando nos indica que el primer paso “es la recogida de datos, en términos generales, amplia y correcta por parte del trabajador social...” (p.164) es lo que hacen los trabajadores sociales del hospital Vargas en el paso uno y dos, luego continua diciendo que es necesario una “...formulación de posibilidades humanas y materiales, con información a las partes implicadas en el problema (paciente-familia-sanitarios-instituciones, etc.)...” (Moreras 2012, p.164), es el paso tres y cuatro aplicado con la intención de establecer contacto con los familiares, el siguiente paso también está establecido en el trabajo social hospitalario en el cual “...Se refleja, con mayor o menor sistematización, el trabajo efectuado en una documentación (historial social, informes), que hoy día constituye una importante fuente de estudios...” (Moreras, 2004, p.4), este sería el paso número cinco llevado a cabo para luego hacer la remisión del adulto mayor los orgasmos competente.

4.6.Ingreso del adulto mayor abandonado.

Categorías y propiedades	Definición
Ingreso del adulto mayor en instituciones geriátricas	Esta categoría supone un análisis del proceso llevado a cabo por los trabajadores sociales del hospital para ingresar a los adultos mayores en instituciones geriátricas adscritas al INSS y al IVSS.

Los adultos mayores abandonados en los hospitales deben atravesar un proceso de selección y reunir una serie de requisitos que dificultan su situación para poder ingresar en una institución geriátrica.

Las instituciones a las cuales los trabajadores sociales del Hospital Vargas remiten a los adultos mayores abandonado son al INASS y al IVSS, en aras de que reciban un cuidado especializado adecuado a su edad y que se les garantice los derechos concebido en la Ley de Servicio Social en el que destaca el artículo 46 que establece la necesidad de crear una red de hogares sustitutos que le permitan desarrollar programas y servicios de atención integral a los adultos mayores en situación de abandono, que cubran alimentación, cobijo, atención médica especializada, recreación, e incluso servicios funerarios.

Los requisitos que deben cumplir los adultos mayores para ser merecedores del ingreso en una institución geriátrica pueden representar un obstáculo que privaría a este grupo de los beneficios ofrecidos para sustentar su desarrollo personal, según la página oficial del INASS los centros de servicios sociales tienen como propósito brindar protección integral en pro del beneficio físico, psicológico y social, estas entidades son de carácter residentes para aquella personas que se encuentran en estado de abandono, en situación de calle o en condiciones que les impida habitar su vivienda e incluso funciona a nivel ambulatorio para aquellas personas que a pesar de encontrarse en estado de necesidad poseen vivienda propia, de este modo en ambos caso se ofrecen programas que permiten fortalecer y promover un envejecimiento digno y activo. (Consultada el 12-09-2015: www.inass.gob.ve)

En esta misma página los requisitos planteados son los siguientes: a) acercarse a un centro del INASS para realizar la inscripción, b) los adultos mayores deben entrevistarse con el trabajador social del centro al cual se dirigió para realizar un informe social que indique la prioridad de su situación : *Prioridad 1*: Total abandono, problemas de salud o avanzada edad, *Prioridad 2*: Su situación es menos complicadas pero igual tiene carencias o necesidades, *Prioridad 3*: Se encuentra en el campo de aquellos adultos mayores que solo necesitan atención médica, c) Después de este paso se le hará entrega de una tarjeta, que demuestre el día de su inscripción, d) Este informe es enviado a la gerencia de bienestar social para ser evaluado por

prioridad y luego ser postulado para el beneficio de las asignaciones económicas. (Consultada el 12-09-2015: www.inass.gob.ve)

Sin embargo surge la necesidad contrastar estos postulados con la realidad que viven los adultos mayores abandonados en el Hospital José María Vargas, en este sentido se contó con la colaboración de la coordinadora para describir el proceso que atraviesan los adultos mayores para ser ubicados en instituciones geriátricas adscritas al INASS.

- En referencia a el INASS la coordinadora comentó que **“en el INASS ya tenemos ahorita uno que se llevó tiene 4 meses, que el caso está en presidencia esperando por aprobación” ...”** (Coo, 22/07/2016), el proceso de selección y ubicación del adulto mayor abandonado es centralizado, es el presidente del INASS quien decide a dónde ubicar al adulto mayor, no es la gerencia de bienestar social que se encarga de hacer la admisión del adulto mayor, se evidenció en el discurso de la coordinadora **“claro, porque con los cambios el INASS, se centralizó los ingresos por presidencia y hasta allí llegó, porque la parte debajo de gerencia de bienestar de servicio social que maneja eso, hay trabajadores sociales , otros profesionales hacen la adaptación del documento que uno les da , lo lleva a la parte médica, la parte medica revisa, si es necesario hace la visita y luego todo eso que tiene todas las de la ley para ingresar por parte de presidencia, allí se queda 3 meses” ...”** (Coo, 22/07/2016). En tal sentido después de la revisión del caso solo depende de presidencia para asignar el beneficio, este proceso puede durar de 4 meses a uno o dos años, durante este trascurso de tiempo la persona permanece en el hospital.
- El procedimiento que llevan a cabo por los trabajadores sociales consiste en reunir una serie de documentos, según la coordinadora **“los requisitos son, Informe médico, Informe social, Informe psiquiátrico, Exámenes de**

laboratorio: hematología completa, HIV, VDRL, orina, heces, Rayos X de Tórax Informado y Copia de cedula de identidad o en su defecto Dactiloscopia emitida por el SAIME...” (Coo, 22/07/2016), completar estos requisitos son el menor problema, la dificultad se presenta en el tiempo que tarda el INASS en dar respuesta a los adultos mayores a tal efecto la coordinadora expresó que **“se cumple todos los requisitos de la institución pero la respuesta es poca, y se tarda entonces imagínate si un paciente que tenía dos meses hospitalizado, porque realmente requería de la hospitalización y fue dado de alta tiene que esperar 3 meses 6 meses para que esta institución te lo ubique te pregunto ¿cuál es la respuesta?, no es efectiva” ...” (Coo, 22/07/2016).** Los requisitos se cumplen, el departamento hace la petición al INASS y consigna los documentos, la respuesta es dada de seis meses a dos años después de estar hecha la solicitud. Esta demora no solo descompensa anímicamente al adulto mayor sumergiéndolo en un estado de soledad, aislamiento y depresión sino que contribuye a su descomposición física (salud), corre el riesgo de contraer enfermedades hospitalaria, por tanto se le preguntó a la coordinadora qué sucede con el paciente en ese tiempo a lo que respondió que **“se vuelve el paciente una carga, muchas veces ni lo veo, y si lo veo lo limpio, ok se convierte en una carga para el personal, lo deprime, lo aísla entonces ¿qué pasa? va involucionando en vez de evolucionar ¿Qué pasa? El paciente se postra en la cama y ya no quiere caminar algunas veces llega un momento que ya ni habla... ¿qué sucede con eso? Bueno que para nosotros es un gran impedimento para poder reubicarlo, ¿por qué? Porque la mayoría de las instituciones vienen a evaluar el caso y cuando ven esas condiciones ellos dicen no podemos llevarnos ese paciente así. Porque no contamos con personal de salud porque tenemos poco personal en los centros...” (Coo, 22/07/2016),** estas dificultades obstaculizan el ingreso del adulto mayor en una institución geriátrica, haciendo mucho más complejo el problema.

Otro organismo encargado de dar respuestas a los adultos mayores en asignaciones económicas y prestar servicios en especie, en este caso de brindarle cobijo a través de instituciones geriátrica es el IVSS, en tal sentido se procede a describir cómo es el proceso de selección de esta instancia.

- La coordinadora comentó **“que el Seguro Social es únicamente para la persona que cotiza y tiene seguro, pero de un tiempo para acá hicieron una apertura y hacen lo que llaman cortesía, ¿cuál es la cortesía? Estos paciente que nunca cotizaron pero mediante un informe social ellos lo pueden ingresar en estos centros...”** (Coo, 22/07/2016), uno de los inconvenientes del Seguro Social es la exigencia de un familiar o conocido para tramitar el ingreso del adulto mayor a una institución geriátrica, así lo indica la TS **“el seguro social exige que haya un familiar o un conocido que se haga responsable una vez que el paciente llegue”** (TS, 20/07/2016), esto representa una dificultad ya que si el paciente es abandonado los trabajadores sociales no pueden hacer la solicitud ante el seguro social, otros aspectos a considerar según la coordinadora son los requisitos los cuales **“son un Formatos propios de la institución (Informe médico, social), Exámenes de laboratorio, Informe Psiquiátrico...el seguro social, tarda lo que tardaba el seguro social en que, el seguro social que está aquí abajo el hospital José Gregorio nos hace los formatos especiales para eso llevarlo a la dirección de clínica el familiar llevaba al paciente, le asignaban 3 casas de reposo y uno de ellos lo aceptaba”** (Coo, 22/07/2016), claro está, en todo momento se debe contar con la presencia de un familiar para poder lograr ubicarlo en una institución adscrita al IVSS.
- En la entrevista en profundidad aplicada nos encontramos con otra institución con la que pueden contar los trabajadores sociales para ubicar a los adultos mayores, la coordinadora comentó que **“el Gobierno Distrito Capital tiene**

3 o 4, ellos abrieron una casa nueva, un Centro Geriátrico, nos e si habrán escuchado la casa del seguro social la llaman, el Conde, Casa Luis Ordaz... ¿qué pasa con ellos? La respuesta ha sido nula, ellos te vienen y evalúan el caso, mandan un Trabajador Social y evalúan el caso y luego te mandan una carta elegantemente diciendo que el paciente no está apto” (Coo, 22/07/2016), aun cuando representa otra opción para ingresar al adulto mayor las dificultades actuales que presenta el país reflejan un inconveniente para este grupo, así lo afirma la coordinadora en su relato “esta casas están ahorita en crisis, ok , porque el Estado les tiene que dar dinero, presupuesto por cada paciente, ¿para qué? Para alimentación y para artículos de higiene y todo eso, porque muchos de estos caso que son llevados por el familiar, porque el que tiene que llevar todo es el familiar, nosotros no podemos, este , lo abandonan, entonces la institución tiene que asumir todo el costo y el gasto de este paciente, el seguro o el Estado no le ha pagado a estos centros y entonces están ahorita en esta crisis que si el Estado no los ayuda ellos van a sacar todos estos adultos o adultos mayores a la calle” (Coo, 22/07/2016), de igual modo la TS nos comentó que la situación del país genera un obstáculo más que agudiza el problema “Porque ahorita con los problemas presupuestario no hay comida mucho en los centros, eso también me lo plantearon muchas casas privada me decían lo mismo que no tenían cupo para, por falta de comida.” (TS, 20/07/2016),

De ninguno de estos tres organismos el hospital está recibiendo respuestas, lo que dificulta la situación de abandono del adulto mayor, privándolo de un ambiente sano, de la atención especializada y trato adecuado que brindan las instituciones geriátricas, en el análisis de esta categoría existen aspectos que resaltaremos a modo ilustrativo:

El primer aspecto digno de análisis es el cumplimiento de los requisitos, no obstante no se le da respuesta al adulto mayor, se pudo constatar a través del discurso

de la coordinadora que de allí surgen otra arista como la exigencia del IVSS cuando para los trámites de ingreso solo lo puede realizar un familiar o conocido del adulto mayor.

Las exigencia de IVSS mas allá de agilizar el proceso de ingreso del adulto mayor genera una traba que impide que se lleven a cabo los trámites para su ingreso, un adulto mayor en situación de abandono total no cuenta con familiares o conocidos que se encarguen de este protocolo, esto significa que aun cuando la Ley de Servicio Social proteja a los adultos mayores en situación de abandono, no existe una consonancia entre los derechos de este grupo con los requisitos de esta institución, complicando así el abandono de estas personas.

El segundo aspecto para el análisis de esta categoría es la descomposición física y emocional que sufren los adultos mayores hospitalizado, una vez que es dado de alta, la permanencia en el hospital influye en su estado anímico y este afecta su salud es decir “el adulto mayor, al ser llevado a la institución de salud con el pretexto de ser atendido por una afección médica, se deja ahí por varios días, ocasionándole que disminuya su autoestima y le ocasione mayores problemas de salud” (Zuñiga, 2012, p.135), estos problemas de salud terminan por encamar al adulto mayor, situación que agrava más el ingreso del adulto mayor a una institución geriátrica, esta contradicción se evidencia en el discurso de la coordinadora, por lo tanto los organismos competentes cuando hacen sus investigaciones alegan que no tienen cupo para pacientes en condiciones de cama, por no poseer personal de salud o las condiciones necesarias para atender este tipo de paciente, esto nos lleva al análisis de otro punto: la influencia de la situación actual del país en las instituciones geriátrica.

La situación que atraviesa el seguro social en la actualidad es un reflejo de las crisis económica y alimentaria que vive el país, Según Herrera (2016):

las 24 casas de reposo con las que tiene convenio el Instituto Venezolano de Seguros Sociales están a punto de quebrar y de

dejar en la calle a 2.235 pacientes con enfermedades mentales. Desde mayo el IVSS no ajusta las tarifas para atender a los pacientes psiquiátricos en estos centros. Una persona con enfermedades mentales necesita por lo menos 8.000 bolívares diarios para costear comida, medicinas, atención psiquiátrica, enfermera, terapia ocupacional y hospedaje, pero el Seguro Social solo aporta 2.099, 26 bolívares diarios. (Herrera 25-08-2016: 7).

Otro artículo publicado por Itriago (2016):

5.710 Pacientes de residencias socioasistenciales privadas del país que reciben subsidio del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales quedarán en la calle a finales de mes si los propietarios de los establecimientos de salud no obtienen respuesta de las autoridades del organismo con relación a la solicitud de aumento del subsidio de 2.099,26 bolívares diarios que reciben por cada uno de los enfermos recluidos en los 76 centros a escala nacional. (Itriago 13-08-2016:6)

Es evidente la crisis que atraviesan las instituciones geriátricas (tanto privadas como públicas) al no contar con suficientes recursos para cubrir la población de adultos mayores institucionalizados, se imposibilita los ingresos de nuevos pacientes, lo que hace aumentar el tiempo de espera de aquellos adultos mayores abandonados en hospitales al cual ya se le ha hecho la solicitud formal antes los órganos rectores de las instituciones geriátrica.

Esta es una realidad evidente que obstaculiza el ingreso de los adultos mayores en instituciones geriátricas generando una espera o un tiempo prolongado en el cual los adultos mayores corren el riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias las cuales pueden tener consecuencia fatales para el paciente, aunado a los riesgos emocionales que sufre producto del abandono familiar.

4.7. Factores de riesgos.

Categorías y propiedades	Definición
Factores de riesgos	Son los riesgos que atraviesan los adultos mayores en situación de abandono por permanecer en el hospital después de ser dado de alta, hasta que es ubicado en una institución geriátrica.

Según Barrantes (1988) “Los factores de riesgo son los elementos con gran posibilidad de provocar o asociarse al desencadenamiento de un determinado suceso indeseable, o mayor posibilidad de enfermar o morir” (p.35)

El tiempo de espera de un cupo en una institución geriátrica puede ser mortal para un adulto mayor, esto va a depender del tiempo que tarde el Estado en dar una respuesta a la institución de salud. Durante el tiempo que espera el adulto mayor en el hospital puede contraer enfermedades hospitalarias condición que afecta su estado de salud y o que representa para él un factor de riesgo.

El estado anímico del adulto mayor también se ve comprometido durante esta espera, producto del abandono familiar, el cual según Osorio (2007) agrava en “forma directa su dignidad, reflejada con ansiedad, miedo, nostalgia, sentimientos de inutilidad, desesperanza, mostrándose desgraciado, torpe enfermo con poca valía, se auto critica negativamente y se encuentra deprimido la mayor parte del día” (p.57), estos sentimientos negativos afectan su estado de salud, haciendo mucho más vulnerable al adulto mayor a contraer nuevas enfermedades que lo comprometan e influyen en su recuperación.

- Las enfermedades de las cuales puede ser víctima el adulto mayor por permanecer institucionalizado sin criterio de hospitalización son según la

coordinadora **“enfermedades trasmisibles y no trasmisibles, bacterias... ok, el adulto mayor según su contextura, según la enfermedad que tenga de base puede contraer el riesgo uno de contraer una infección hospitalaria ok, cuando hablamos de una infección hospitalaria, al mayoría son a nivel de los pulmones, infección respiratoria, neumonía, por su permanencia si es hipertenso puede darle un ACV, varios riesgos a nivel médico que complicaría el estado de salud de este paciente adulto mayor... En infecciones engloban las infecciones intrahospitalarias y la mayoría de las infecciones intrahospitalarias pueden ser por vía respiratoria o vía urinaria.” (Coo, 22/07/2016).** Se le preguntó si algún paciente ha fallecido durante la espera de la asignación de una institución geriátrica y nos habló de un adulto mayor que ya había sido compensado a nivel de salud **“él estaba muy bien, porque lo él era un traumatismo craneoencefálico Neurocirugía lo atendió, y estaba en una sala que no digo yo que se corre el riesgo de adquirir, como las sala de medicina que son complicadas, estaba en Neurocirugía digo yo una de las salas más limpias que hay en el hospital que las mantienen limpias, luego nos dijeron que él ya tenía su ubicación en Caricuao y Enero comenzando Enero se complicó, estando allí y murió con una infección respiratoria” (Coo, 22/07/2016),** es preocupante ver que un paciente fallezca por no tener una respuestas oportuna a su situación de abandono por parte del Estado y de sus familiares, las infecciones intrahospitalaria en un paciente que por su condición de abandono sufre una descompensación emocional puede llegar a ser mortal. En las diferentes salas de los hospitales existe la posibilidad de contraer infecciones, según Otero (2013) es una enfermedad “endemo-epidémica de los establecimientos hospitalarios, controlable pero difícilmente erradicable, que está directamente relacionada con la calidad de la atención médica de cada establecimiento”(p. 1), estas infecciones se pueden dar a nivel digestivo, cutánea, respiratoria y urinaria, un aspecto fundamental a considerar

son las características de los pacientes adultos mayores, el declive de sus funciones corporales y organismo los hace mucho más vulnerable, de igual modo opina Otero (2013) cuando afirma que en el adulto mayor el “problema se presenta por la disminución de las funciones del sistema inmunológico. Sus mecanismos de defensa están agotados, lo que lo hacen más propensos de adquirir infecciones durante su hospitalización” (p.2).

- Las consecuencias en el estado anímico de los adultos mayores en situación de abandono son notables e inciden directamente en su salud, al respecto la coordinadora nos planteó que **“se corre el riesgo que se deprima y con la misma depresión, las enfermedades la parte emocional priva mucho, entonces no quiere colaborar con el equipo médico para su recuperación... cuando tienes tanto tiempo el personal se cansa y se vuelve el paciente una carga, muchas veces ni lo veo, y si lo veo lo limpio, ok se convierte en una carga para el personal, y eso lo deprime, lo aísla entonces ¿qué pasa? va involucionando en vez de evolucionar ¿Qué pasa? El paciente se postra en la cama y ya no quiere caminar algunas veces llega un momento que ya ni habla”**. (Coo, 22/07/2016). El abandono familiar y social del cual son víctimas los adultos mayores genera en ellos asilamiento, sentimientos de soledad e inutilidad que representan un factor de riesgo, según Delgado (2012) el abandono familiar “tiene repercusiones innumerables dentro del área afectiva de un adulto mayor, que van a ser desde la desesperanza, hasta las ideas de minusvalía y muerte” (p. 27), la desesperanza en una persona abandonada afecta directamente su salud, el hecho de no querer vivir en esas condiciones lo puede llevar a esperar la muerte, evitando colaborar con los médicos e involucionado en su estado de salud.

Los factores de riesgos que presentan los adultos mayores por permanecer mucho más tiempo en el hospital una vez que son dados de alta, complican aún más la situación del adulto mayor abandonado. El estado anímico y las enfermedades intrahospitalaria que se describen en esta categoría tienen una relación intrínseca en tanto que la descompensación anímica genera sentimientos de soledad, desesperanza o sentimientos de inutilidad que influyen en sus condiciones físicas, así lo afirma Luz (2004) cuando plantea lo siguiente:

Se ha observado con frecuencia que cuando el adulto mayor se enferma y lo institucionalizan es abandonado por su familia, causándole más angustia y riesgo de contraer infecciones cuando es dado de alta, por permanecer innecesariamente más tiempo en el hospital, originado a su vez sobrecarga de trabajo y gastos excesivos a la institución de salud. (p.136).

Por consiguiente es necesario identificar estas enfermedades que atentan contra la vida del adulto mayor por no contar con una respuesta de los organismos competentes.

Para Otero (2013) las enfermedades intrahospitalarias son aquellas adquiridas después del ingreso del paciente y se clasifican de la siguiente manera: a) digestivas como la gastroenteritis, esta se identifica con síntomas de infección intestinal (diarrea, fiebre y dolores de cabeza entre otras), si el adulto mayor ingreso con estos síntomas se considera infección hospitalaria la aparición de un germen no cultivado, b) cutáneas como la aparición de un acceso venoso y el edema o enrojecimiento de la piel que se considera hospitalario cuando se identifica el cultivo del parásito o germen, c) respiratorias, se consideran infecciones respiratorias la aparición de síntomas como secreción mucosa o mucopurulenta de nariz o fauces, faringitis estreptococcica, otitis media externa, mastoiditis o Signos tales como tos, dolor pleural, acompañados de fiebre presentados después del ingreso, son argumentos que

permiten identificar una infección hospitalaria, d) infección urinaria, la disuria y el dolor en la ángulo costo vertebral o región suprapúbica asociados con hipertermia.

En este contexto queda claro que el tiempo de espera por una respuesta del INASS o del IVSS representa un riesgo para el adulto mayor que lo ubican en una situación de vulnerabilidad, de riesgo, que puede incluso ocasionarle la muerte y que debe ser considerada tanto por los profesionales que laboran en el hospital (para reducir gastos a la institución y proteger al adulto mayor abandonado) como los funcionarios públicos del INASS y el IVSS (quienes estas obligados a brindar una respuesta oportuna a este segmento de la población) para garantizarle así el derecho a la vida.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Del abandono del adulto mayor surgen muchas aristas, que presentadas de maneras separadas y dispersas argumentan el problema de investigación desde sus individualidad, pero la unión formarán un conglomerado, un todo que dará paso a la construcción teórica. En el capítulo cuatro se exhibieron las categorías y subcategorías de análisis, se constataron y sustentaron con argumentos teóricos ya existentes, en este apartado se integrarán con coherencia todas las partes, para iniciar la síntesis conceptual que analice la situación del adulto mayor en estado de abandono del Hospital José María Vargas.

El abandono es una realidad que afecta a los adultos mayores y es causada por la desvalorización social que se tiene del envejecimiento, que no solo ocurre dentro del grupo familiar sino que está afectando a los hospitales públicos, los cuales son usados para llevarlos con el pretexto de que se le atienda alguna afección en su estado de salud y luego son abandonarlos.

Las relaciones familiares se han visto afectada por la dinámica y el ritmo de la vida que la sociedad les impone a las familias, en tal sentido la sociedad y la familia inutilizan al adulto mayor porque ya no es productivo, porque ya no puede cumplir con las tareas que hacía antes o sencillamente porque representa para ellos una carga familiar, negándoles estímulo, afecto, seguridad y dejándolos aislados, por tanto en lo económico esta población carece de ingresos por no tener las condiciones físicas para ser empleados, en el ámbito familiar es rechazado por representar para ellos una carga, por no contar con los recursos económicos ni el tiempo para atender a sus cuidados, esto se manifiesta en el deterioro de las relaciones familiares.

Otro aspecto a destacar que incide en las relaciones familiares es el estilo de vida que adopta la persona, si durante su juventud y adultez la persona se separa de la familia mostrando una actitud de indiferencia hacia los demás miembros de la familia (apatía familiar), no establece lazos afectivos y de relaciones sólidas, cuando llegan a una edad avanzada se consiguen con las relaciones familiares afectadas.

De este modo el estilo de vida tiene influencia directa en las relaciones familiares, los patrones de comportamientos, el vivir solo, su forma de convivencia y su sistema de vida serán un detonante negativo que concluirá con la separación familiar. Cabe destacar las subcategorías vicios y acumulador: los vicios tienen repercusiones en el individuo y sus relaciones familiares, conllevan a un deterioro de su organismo, de sus condiciones físicas y mentales que alejan a las personas de la familia, de igual manera el Síndrome de Diógenes que consiste en la acumulación de materiales inútiles representa para la persona y su familia un peligro, ya que genera enfermedades, infecciones, desnutrición y producen problemas de convivencias familiar, sumado a esto el síndrome se caracteriza por la hostilidad del adulto mayor a recibir ayuda de su familia y de la sociedad generando en él un estado de aislamiento social.

En este contexto las relaciones familiares y sociales son frágiles, pocas o nulas y están marcada por la exclusión, discriminación, aislamiento y abandono del adulto mayor. Otro componente latente en el deterioro de las relaciones sociales es la negatividad que los adultos mayores muestran al establecer contacto con otras personas, la hostilidad, la agresividad o los mecanismos de defensa implementados para evitar el contacto social, siendo estos parte de los hallazgos de la investigación, usados por los adultos mayores para evitar el contacto con otras personas, esta apatía social es la indiferencia del adulto mayor hacia los demás miembros de su entorno sumergiendo al adulto mayor en aislamiento social. Como es el caso del **AM2** quien evita el contacto con los profesionales e implementa un mecanismo de defensa que

consiste en el no control de esfínteres para evitar ser atendido por los fisioterapeutas obstaculizando la evolución de su estado de salud

Este tipo de conductas agresivas o regresivas (apatía social, apatía familiar y acumulación) son evidencias del estado emocional del adulto mayor y generan sentimientos de soledad, inutilidad, desesperanza.

La situación de los adultos mayores hospitalizados en estado de abandono es precaria, si bien cuentan con alimentación y atención médica, los espacios no son los adecuados para el esparcimiento (caminar, pasear, hacer ejercicio) para el contacto con sus pares (dialogar, interactuar, relacionarse) la integración y participación en su entorno (recuperar sentido de pertenencia e identidad), reforzar sus valores de autoestima y sentido de utilidad, en este contexto se fortalecen los valores opuestos, sentimientos negativos como soledad, tristeza, desesperanza e inutilidad, esta descompensación anímica se manifiesta sobre su estado de salud generando una involución, evitando cooperar con los médicos y postrándose en una cama y se va agravando en la medida que las instituciones del Estado (INASS y IVSS) no atiendan esta contingencia.

Desde el momento que el adulto mayor es dado de alta, hasta que es ubicado en una institución geriátrica dista mucho tiempo y en este periodo aparecen dos factores de riesgo para el adulto mayor; factores de riesgo en salud: el peligro latente de contraer enfermedades hospitalaria a nivel digestivo, cutáneo, urinario y respiratorio, por consiguiente una persona con el estado de ánimo descompensado está en una situación de vulnerabilidad y una enfermedad hospitalaria puede ser mortal; de igual manera el estado emocional representa un factor de riesgo para los adultos mayores, el abandono familiar y social, vivir en un hospital, estar solo y aislado deteriora su estado psicológico y genera sentimientos de tristeza, desesperanza, baja autoestima que a su vez afecta su recuperación.

El ingreso de los adultos mayores en instituciones geriátricas pasa por un proceso de selección, que implica la gestión de unos requisitos. Los requisitos del Instituto Nacional de Servicio Social se caracterizan por ser fácil de agilizar sin embargo la respuesta no es oportuna.

La centralización de las asignaciones de cupos a instituciones geriátricas está a cargo de la presidencia del Instituto Nacional de Servicio Social retrasando aún más el ingreso del adulto mayor a una casa de descanso, de seis a siete meses e incluso hasta dos años puede durar el proceso.

Otro de los hallazgos fundamentales que arrojó la investigación, es la crisis que atraviesan las instituciones geriátricas a cargo del Instituto Nacional de Servicio Social y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, tales efectos repercuten sobre los adultos mayores en situación de abandonados, las instituciones geriátricas no tienen la capacidad para atender la situación que se viene suscitando con el adulto mayor.

Así mismo los requisitos del Instituto Venezolano del Seguro Social obstruyen el ingreso de los adultos mayores: un adulto mayor en situación de abandono no cuenta con el apoyo familiar y social necesario para agilizar la gestión del ingreso y los trabajadores sociales por el hecho de no ser familia directa no están calificados para gestionar el ingreso.

Las instituciones alternativas como Casa de Gobierno no están admitiendo ingresos de los hospitales por no contar con el personal capacitado para la atención de adultos mayores encamados.

La situación actual del país atenta contra los derechos de este grupo vulnerable, las instituciones geriátricas del Instituto Nacional de Servicio Social y del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y Casa de Gobierno del Distrito Capital no cuentan con alimentos, con personal capacitado para la atención de adultos

mayores encamados, con equipos de salud, entre ellos gerontólogos y con espacios para admitir nuevos ingresos.

En este sentido el Estado se ha preocupado por generar políticas asistencialista como asignaciones económicas que son insuficientes y no cubren el total de la población de adultos mayores y ha descuidado los servicios en especies como el que ofrecen las instituciones geriátricas.

De este modo la respuesta de las instituciones del Estado es deficiente e ineficaz y se evidencia en la demora del ingreso del adulto mayor en una institución geriátrica, esta demora representa para ellos un factor de riesgo, a modo ilustrativo se puede mencionar el paciente adulto mayor que ingresó con un golpe cráneo encefálico después de ser compensado a nivel de salud y de tener seis meses esperando respuestas de alguna de esta institución sucumbió ante una enfermedad intrahospitalaria (infección respiratoria).

No vivir en condiciones adecuadas a su edad coloca en riesgo físico al adulto mayor, existe la posibilidad de contraer enfermedades intrahospitalaria a nivel digestivo, cutáneo, respiratorio y urinario, que en el peor de los casos le causa la muerte.

Es necesario destacar que el protocolo de acción de los trabajadores sociales frente a esta contingencia es oportuno, sin embargo es insuficiente no por el desempeño de los profesionales sino por la respuestas de las instituciones encargadas de asignar los cupos de los adultos mayores en instituciones geriátricas (INASS y IVSS), al estas no ser oportunas el equipo de trabajadores sociales no puede cumplir con su labor.

Considerando la situación de abandono que experimentan los adultos mayores, los estereotipos que existen acerca de la vejez y sus connotaciones negativas y las deficiencias de las políticas de protección ante ésta contingencia que ofrece el

INASS y el IVSS, se agrupo un conjunto de recomendaciones para mejorar el horizonte que describe la situación de abandono del adulto mayor en Venezuela.

- Promover el respeto y la dignidad del adulto mayor y planificar estrategias dirigida hacia la formación de la sociedad en cuanto a la vejez como un ciclo de la vida.
- Promover la capacitación y formación ciudadana para estimular estilos de vida saludables.
- Dirigir las políticas de protección social del adulto mayor al recate de los valores familiares, formación y orientación familiar acerca del proceso de envejecimiento y sus cuidados.
- Realizar una revisión exhaustiva de las políticas del órgano rector INASS y redimir las estrategias de protección social dirigidas a la atención integral del adulto mayor en situación de abandono, fortalecer así los servicios en especies que ofrece y no centrar sus políticas en el asistencialismo de las asignaciones económicas, que son dispersa y no cubren todo este segmento de la población.
- Extender el alcance de las políticas de protección social ante el abandono hasta los hospitales, de modo que cuando se identifique un adulto mayor en abandono en un centro de salud, el INASS, cubra sus necesidades prioritarias: pañales, vestidos, sábanas y medicamentos, hasta que sea dado de alta el adulto mayor y lo ingresen en una institución geriátrica.

- Descentralizar las asignaciones de los cupo en instituciones geriátricas de la presidencia a la gerencia de bienestar social, para que se facilite el ingreso del adulto mayor, con el fin de brindar una respuesta oportuna y efectiva.
- Revisar las políticas interna del IVSS y orientarlas en función de agilizar el proceso de selección de manera que se brinde una respuesta oportuna y efectiva a los adultos mayores en situación de abandono.
- Conjugar esfuerzos entre el INASS y el IVSS a fin de fortalecer y unificar las políticas y estrategias en prestación de servicios que establezca una sola red de instituciones geriátricas. Crear un sistema único de ingreso donde las instituciones de salud tenga acceso a través de internet donde se carguen las diferentes instituciones que tengan cupos para facilitar la ubicación de los adultos mayores en centros geriátricos.
- Agilizar el ingreso de los adultos mayores abandonados en los hospitales para evitar así enfermedades intrahospitalarias que atenten contra su vida

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguilar, G. (2014). *Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013*. Trabajo de grado no publicado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Allan, A. (2005). Cambios en la Ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 1 (5), 1-13.

Angulo, R. y cols (2009). Conductas regresivas y negativas en el adulto mayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centro América*, LXVI (558), 181-185.

Areces, R. (2006). La familia y las drogas. *XII Jornadas Municipales sobre Drogas* [pp.1-2]. México

Arriagada, I. (2007). *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros*. Santiago de Chile: CEPAL

Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (6ª Ed.).Caracas: Episteme.

Balestrini, M. (2001). *Como se elabora el proyecto de investigación* (5ª Ed.). Caracas, Venezuela: BL Consultores Asociado. Servicio Editorial.

Barrantes, A.; Marín, V. y Murillo, F. (1998). *Factores Protectores con Relación a la Calidad de Vida de las Adultas Mayores del Grupo Acción*. Trabajo de Grado no publicada, Universidad de Costa Rica.

Bunge, M. (1981). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires. Siglo veinte.

Calderón, M. (2003). *El precio de envejecer*. Caracas, Venezuela: MACPRI reproducciones, C.A.

Camba, N.; Flores, R. (2010). Protección social al adulto mayor: un análisis del ordenamiento jurídico venezolano. *Revista Gaceta Laboral ISSN 1315-8597 Universidad del Zulia*, 16 (1), 63 – 90.

Casen, H. (2010). *Identidad cultural y participación comunitaria en Galipan, Parroquia Macuto, Estado Vargas. Periodo 2008-2010*. Trabajo de Grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Constitución de la república Bolivariana de Venezuela (1999) .*Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 5.453 (Extraordinaria), 24-03-2000.

Delgado, J. (2012). *Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores; Centro del Buen Vivir Mies FEDHU-2012*. Trabajo de grado no publicado. Universidad de Guayaquil, Ecuador.

Estado Mundial de las Personas Mayores. (2012). [Página web en línea]. Consultado el 15/07/2015 en: www.helpage.org

Fernández, E. (1998). *Metodología de la investigación*. Caracas: Júpiter editores C.A.

Fernández, M. (2012). La Protección Social frente a la vejez en Venezuela. *Anuario de Derecho ISSN: 0076-6550 Mérida-Venezuela*, 29 (29), 191-222

Fernández, X.; Méndez, E. (2007). Estilo de vida y factores de riesgos para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES-Costa Rica. *Revista electrónica Población y salud en Mesoamérica*, 5 (1), 1-18.

Fuentes, I.; García, A. (2003). Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor. *Revista del Hospital General “La Quebrada”*, 2 (1), 25-29.

.

Flores, M.; Vega, M. y González, G. (2011). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.

García, G. (2000). *Análisis sociológico del anciano en abandono*. Trabajo de grado no publicada. Universidad Central de Venezuela, caracas.

González, Carmen. (2011). *Expectativas del Adulto Mayor ante su Grupo Familiar y la Relación con su Calidad de Vida en la Comunidad de los Cerritos. Valencia – Estado Carabobo*. Trabajo de Grado de Maestría no publicado. Universidad de Carabobo, Valencia.

González, (2015, Julio 7). Viejitos son abandonados a su suerte en hospitales. Últimas Noticias. 6

Guerrini, M. (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. *Revista del Hospital General “La Quebrada”*, 4 (2) 1-11.

Hernández, R.; Fernández, C. y Batista, P. (1994). *Metodología de la investigación*. Colombia: McGraw-Hill Interamericana de México.

Hernández, z. (2004). La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor. *Enseñanza e Investigación en Psicología, Universidad Veracruzana*, 9 (2), 303-319.

Herrera, I. (2015, Agosto 26). IVSS no subsidia ni la mitad de los gastos de los geriátricos. El Nacional, p.7.

Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales. (2005). *Informe Social*. Caracas: Autor.

Instituto Nacional de Estadística. (2011). [Página web en línea]. Consultado el 25/08/2015 en: www.INE.gob.ve

Instituto Nacional de Servicios Sociales. (2015). [Página web en línea]. Consultado el 12/10/2015 en: www.inass.org.ve

Itriago, D. (2016, Septiembre 13). Declaran cierre técnico en centros subsidiados por el IVSS. *El Nacional*, p.6.

Jiménez, Y.; Núñez, M. y Coto, E. (2013). La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. *Revista de las Sedes Regionales*, XIV (27), 168-181.

Kottow, M. (1995). *Introducción a la Bioética*. Santiago, Chile: Universitaria.

Ley de Servicio Social. (Decreto N° 38.270- Fecha 12 de septiembre de 2005). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela

Lucero, M. (2013). *Fundamentos de metodología de la investigación* (3ra Ed.). Caracas, Venezuela: Graficas Tao, S.A.

Martínez, M. (2009). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa* (2ª Ed.). México: Trillas.

Martínez, M. (2004). *Metodología de la investigación cualitativa en educación*. (3ª Ed.). México: Trillas.

Martínez, M.; Polo, M y Carrasco, B. (2002). Visión Histórica del Concepto de Vejez Desde la edad media. Madrid; 41-45.

Max-Neef, M.; Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (1986 5ª Ed.). *Desarrollo a escala Humana*. Madrid, España: Biblioteca CF+S.

Ministerio del Poder Popular Para la Salud. (2016). [Página web en línea]. Consultado el 15/2/2016 en: <http://hospitales.mpps.gob.ve>

- Moreno, A. (2005). Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5 (19), 222-237.
- Morera. P. (1996). Trabajo Social hospitalario. *Gaceta Médica de México*, 4 (2), 162-169.
- O'Farrill, H. (2005). Enfermedades intrahospitalaria. *Las Plagas del Hogar y el Jardín*, 11 (4), 1-6.
- Olivo, M. y Piña, M. Compilad (2009) *Envejecimiento y Cultura en América Latina y el Caribe*: Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Ciencias, tecnologías y culturas. Diálogo entre las disciplinas del conocimiento. Mirando al futuro de América Latina y el Caribe. Universidad Central de Chile, Santiago
- Ortiz, P. (2013). Estilo de vida en adultos mayores y su asociación con demencia. *Gaceta Médica de México*, 1 (4), 36-45.
- Osorio, G. (2007). *Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad independiente del sistema dif hidalgo*, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Mexico.
- Pérez, L. y Sánchez, J. (2005). *Fundamentos de evaluación cualitativa*. Caracas, Venezuela: CEC, SA.
- Peñailillo, W. (2009). *Derechos Humanos y Políticas de Protección Social del Adulto Mayor*. Perú.
- Piñero, M. y Rivera, M. (2012). *Investigación cualitativa: orientaciones procedimentales*. Barquisimeto: UPEL-IPB.

Puig, M.; Sabater, Pilar. y Rodríguez, N. (2012). Necesidades humanas: Evolución del concepto según la perspectiva social. *Revista de ciencias sociales ISSN 1696-7348 Barcelona*, 3 (54), 1-12.

Programa de Acción Especifico 2007-2012. (2008). *Prevención y tratamiento de las adicciones*. México: Autor.

Ramírez, A. (1999). *Política Social y Vejez*. Caracas: Tropykos.

Reyes, L. (2003). *Investigación gerontológica y políticas sociales de atención al adulto mayor en Venezuela*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Rafael Bellosillo Chacín.

Ríos, R. (2008). *Oferta de servicio en atención al adulto mayor, desde la perspectiva del Estado de Bienestar en el Municipio San Felipe*. Trabajo de grado no publicado. Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado.

Rodríguez, E.; Ortiz, C. y Blasco, M. (2014). Características Sociodemográficas de las personas con conducta acumuladora/trastorno por acumulación (S. de Diógenes) en la ciudad de Madrid. Serie de casos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (124), 665-681.

Rojas, B. (2007). *Investigación cualitativa: fundamentos y praxis*. Caracas: FEDUPEL.

Roldan, A. (2008). *Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas*. Trabajo de Grado no publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Ruiz, F.; Hernández, O. (2009). El Abandono del Adulto Mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos en Medicina Familiar* ISSN: 1405-9657 México, 11 (4), 147-149.

Salgado, N.; González, T.; Jauregui, B. y Bonilla, P. (2005). No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales. *Salud Pública de México*, 47 (4), 294-302.

Servicio Nacional del Consumidor de Chile. (2004). [Página web en línea]. Consultado el 15/2/2016 en: <http://Revista.consumer.es/web/es>.

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, *Anales de la Facultad de Medicina* ISSN 1025 – 5583 Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 68 (3), 284–290.

Villa, V. (2002). *El Adulto Mayor: Manual de Cuidado y Auto Cuidado*. Jalisco, México: Trillas.

Zúñiga, A.; Pasquel, P. y Zamora A. (2012). Percepción del Adulto Mayor Hospitalizado en Cuanto al Abandono por sus Familiares. *Desarrollo Cientif Enferm*, 20 (4), 134-139.

ANEXOS



Universidad Central De Venezuela

Facultad de Ciencias Económicas y Sociales

Escuela de Trabajo Social

Caracas, julio de 2016

Ante todo, reciban un cordial saludo. Como estudiantes regulares de la Carrera Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela, nos dirigimos a ustedes en la oportunidad de hacer de su conocimiento; que actualmente estamos desarrollando el Trabajo de Grado titulado: *Situación del Adulto Mayor en Estado de Abandono del Hospital José María Vargas, Distrito Capital, Caracas-Venezuela, Año 2015-2016*, el cual tiene como propósito recabar información relacionada al tema antes indicado, Analizar la situación del adulto mayor en estado de abandono del Hospital José María Vargas. Distrito Capital. Caracas. Año 2015-2016

Por la tanto, le informamos que a efectos de obtener la información necesaria para el desarrollo del trabajo de tesis, se requiere la aplicación de una entrevista abierta, que ha sido estructurada en V partes: I Situación Actual Del Adulto Mayor, II Relaciones Familiares, III Relaciones Sociales, IV Relaciones del adulto mayor con la institución. Cuyo objeto es explorar la dinámica del adulto mayor hospitalizado en situación de abandono y el desenvolvimiento en su entorno.

Hora de Inicio: Hora de culminación: Responsables:

10: am

10:29

Alexander Rodríguez

Agradecemos su receptividad y colaboración para aplicar la entrevista antes indicada

Guía de entrevista para el Adulto mayor

Preguntas	Observaciones
<p>1 Situación actual del adulto mayor.</p> <p>1.1. Sexo</p> <p>1.2. Edad</p> <p>1.3. Nacionalidad</p> <p>1.4. ¿cómo ingreso al hospital?</p> <p>1.5. ¿Dónde vivía antes de ingresar al hospital ?</p> <p>1.6. ¿Qué lugares pernoctaba?</p> <p>1.7. ¿Ha estado en situación de calle, cuénteme cuales fueron las razones?</p> <p>1.8. ¿Tiene algún padecimiento de salud?</p> <p>1.9. ¿usted tiene algún tipo de vicios'?</p> <p>1.10. ¿Cuál fue su última ocupación?</p> <p>1.11. ¿cuál es su opinión si una persona es institucionalizada en un centro geriátrico?</p>	

1.12. ¿estaría dispuesto a ingresar a unos de esos centros?

1.13. ¿Cuenta con alguna ayuda económica por parte del Estado?

2 Relaciones Familiares del Adulto Mayor Hospitalizado

2.1. ¿Cómo es tu familia?

2.2.¿tienes hijos(as)? ¿Cuántos?

2.3.¿sus hijos son afectivos con usted?

2.4.¿Mantiene comunicación o contacto con los familiares?

2.5.¿cómo definiría su relación con el grupo familiar?

2.6.¿Durante su hospitalización o situación de salud ha recibido apoyo de familiares, amigos o conocidos?

3 Relaciones Sociales del Adulto Mayor Hospitalizado.

3.1.¿Qué actividades recreativas le gusta?

3.2.¿Tiene alguna rutina de ejercicios?

3.3.¿Cuénteme cómo es un día en su vida?

3.4.¿Le gusta mantenerse acompañado?

<p>3.5.¿Cuenta con la compañía de algún familiar en especial?</p> <p>3.6.¿Además de sus familiares, cuenta con amigos y conocido?</p> <p>4 Relaciones del adulto mayor con la institución</p> <p>4.1. ¿Cómo se siente en el hospital?</p> <p>4.2.¿Cómo es el trato que le dan en el hospital por parte del personal?</p> <p>4.3.¿Le inspira confianza el personal que lo atiende en el hospital?</p> <p>4.4.¿Siente que el hospital le brinda todo lo que usted necesita para sentirse bien?</p>	
---	--

Entrevistas

Entrevistas realizadas a los adultos mayores en situación de abandono y a las trabajadoras sociales del Hospital José María Vargas de Caracas.

Entrevista al Adulto Mayor Hospitalizado-abandonado

Categorías y propiedades	Texto de la entrevista
Estilo de vida	<p>Llegamos al hospital José María Vargas el día 20-07-2016 a las 10 de la mañana a realizarle la entrevista al adulto mayor AM1, a donde se encontraba ubicado en la sala tres de traumatología cama n° 3, el AM1 estaba comiendo, por lo que se esperó algunos minutos para realizar la entrevista.</p> <p>Luego de unos minutos nos presentamos como estudiante de la Universidad Central de Venezuela le explicamos el motivo de nuestra entrevista, la cual acepto y se dio inicio a la entrevista.</p>
	1 I: ¿ya terminó de comer?
	2 AM1: si.
	3 I: ¿nació aquí en Venezuela?
	4 AM1: no en Colombia.
	5 I: ¿Cómo ingreso al hospital?
	6 AM1: por la vía legal.
	7 I: ¿dónde vivía antes de ingresar al hospital?
	8 AM1: en Maracaibo, luego me vine a Caracas por la Pomona eso queda por Chacao la castellana por allí.
	9 I: ¿ha estado en situación de calle?
	10 AM1: <u>si quede en la calle me quede sin vivienda, por tuberculosis, fumaba demasiado y mucha caña.</u>
	11 I: ¿Cuál fue su última ocupación?
	12 AM1: y no trabajaba fumaba mucho y mucho vicio
	13 I: no se acuerda de su último trabajo
	14 AM1: no.
	15 I: ¿está de acuerdo que alguna persona sea institucionalizada en un centro geriátrico?
	16 AM1: si
	17 I: ¿cuenta con alguna ayuda económica por parte del gobierno?
	18 AM1: no.
	19 I: ¿cómo es tu familia?
	20 AM1: mala.
	21
	22
	23
24	

1	I: ¿tienes hijo?
2	A: no
3	I: ¿mantiene comunicación o contacto con algún miembro de
4	la familia?
5	AM1: <u>si con una cuñada vive en la castellana, pero ya no</u>
6	<u>Tengo comunicación.</u>
7	I: ¿Qué tipo de actividad le gusta hacer?
8	AM1: deporte, beisbol la castellana.
9	I: ¿le gusta mantenerse acompañado?
10	AM1: sí.
11	I: ¿cómo se siente aquí en hospital?
12	AM1: bien.
13	I: ¿cómo es el trato en el hospital?
14	AM1: bien.
15	I: ¿le duele la cabeza?
16	AM1: Si un poquito.
17	I: ¿le gustaría estar en casa de un familiar?
18	AM1: si me gustaría
19	I: ¿Qué tiempo tienes aquí en el hospital?
20	AM1: Un año más de un año.
21	I: ¿Qué haces en el día?
22	AM1: estoy cansado y estresado.
23	I: te sientes mal quiere que llame a la enfermera
24	AM1: ¿Qué es eso?
25	I: Es una grabadora, quiere que te grave.
26	AM1: Si grábame, cuanto tiene.
27	I: Tiene como 120 minutos.
	La entrevista se vio interrumpida por que el adulto mayor se sentía mal, y no quiso colaborar con el equipo de investigación.
	Pág. 2

Entrevista: Trabajadora Social que lleva el caso AM1

Hora de inicio: 11:30 am hora de culminación: 12:15 m, entrevistador: Equipo de investigación.

Categorías y propiedades	Texto de la entrevista
Sistema de defensa	<p>Se realizó la entrevista a la trabajadora social (TS) el día 20-07-2016 por llevar el caso del adulto mayor hospitalizado y ser quien ha interactuado con mayor frecuencia con él y con sus familiares, el objetivo de esta entrevista es aclarar detalladamente aquellos aspectos que no fueron narrado por el AM1 en la entrevista que se le realizo. La entrevista se llevó a cabo en el Departamento de Trabajo Social en la sala de reunión.</p>
ocupación	<p>1 Trabajadora social: Joaquín es (cara de angustia) Yo pensé 2 que si va hacer su gracia que él siempre se hace cuando lo 3 visita alguien no, no se hizo pupú? 4 Investigadores: No... bueno no se 5 T.S.: no no por el olor tú estabas pegadita a él pero el 6 acostumbra a eso hacerse pupú 7 I: si se agarraba el estómago pero no se hizo. 8 T.S.: <u>cuando yo lo vi que estaba comiendo (risas), pero esa</u> 9 <u>es una forma de manipular y eso que él hace así (hizo un</u> 10 <u>gesto como si tuviera dificultad para respirar) eso también es</u> 11 <u>manipulación porque a él tú lo ves tranquilo y en lo que</u> 12 <u>empiezan hablar él comienza con eso también</u> 13 I: yo pensé que le estaba dando algo 14 T.S.: no no él es así, no te digo que los médicos le decían tú 15 no tienes porque hacer así</p>
Rechazo social	<p>16 I: ¿qué tipo de ocupación tenía el señor Joaquín antes? 17 T.S.: <u>él era comerciante aja por cuenta propia él y que</u> 18 <u>cargaba... vendía frutas</u> eso también lo dijo la ex cuñada de 19 él que el vendía fruta por los alrededores del fuerzas armada 20 de eso era que él se mantenía 21 I: y antes de eso que hacía, el estudio, que estudio que sabe 22 T.S.: según lo que dice la señora porque él no dio muchos 23 datos, los datos lo dio la cuñada y este... ya va... aquí dice 24 tercer grado (revisando en sus informe) ocupación 25 comerciante aquí está la dirección donde él vivía que era</p>
Patología de ingreso	<p>26 una pensión puente de hierro ¿van apuntar eso? 27 I: si tranquila</p>

<p>Opinión médica</p> <p>Fecha de ingreso</p> <p>Atención familiar</p>	<p>1 T.S.: <u>una pensión numero cincuenta y cinco esto es lo que</u></p> <p>2 <u>tenemos de esa pensión pues nunca fuimos porque nosotros</u></p> <p>3 <u>sabemos que así no lo van aceptar.</u></p> <p>4 I: esa dirección la dio la cuñada</p> <p>5 T.S.: la cuñada si</p> <p>6 I: ¿cuando a él lo trajeron, lo trajeron en buen estado?</p> <p>7 T.S.: en buen estado si si porque él vivía en su pensión ella</p> <p>8 dice que siempre estaba pendiente de él, una vez que muere</p> <p>9 el hermano y vendía su cuestión su fruta y él se sentía mal y</p> <p>10 ella lo llevo, él parece que estaba era por el <u>hospital</u></p> <p>11 <u>algodonall allí era que le estaban viendo la <i>tuberculosis</i></u></p> <p>12 <u>porque el llega es por tuberculosis</u></p> <p>13 I: ah el nos dijo eso que tenía tuberculosis</p> <p>14 T.S.: aja entonces él se veía allí y ella lo llevo lo que pasa es</p> <p>15 que de allá lo refieren al hospital Vargas y aquí es que lo</p> <p>16 hospitalizan, <u>según el médico ya él paso ya a él se le hizo el</u></p> <p>17 <u>tratamiento, la fase ya la cumplió lo único que quedo es que</u></p> <p>18 <u>el va a seguir de por vida con un concentrador de oxigeno</u></p> <p>19 I: lo trajo entonces la cuñada</p> <p>20 T.S.: <u>lo trajo la cuñada el año pasado en julio del año</u></p> <p>21 <u>pasado el 14 de julio y este ella al principio estaba pendiente</u></p> <p>22 <u>de él todo el semestre esos seis meses en diciembre ella le</u></p> <p>23 <u>dijo a la trabajadora social que tenía el caso que ella se iba</u></p> <p>24 <u>ausentar un mes por.. para ir al exterior y que nuevamente</u></p> <p>25 <u>regresaba en enero para hacer los trasmite de la casa hogar</u></p> <p>26 <u>porque ella en un principio dijo que ella no se lo podía llevar</u></p> <p>27 <u>a su casa y entonces iba a empezar a tramitar la casa hogar</u></p> <p>28 I:ustedes tienen la dirección de la cuñada</p> <p>29 T.S.: Ella nunca dio dirección puro teléfono ella al</p> <p>30 principio ella venía ya claro ya horita ella no me lo va a dar</p> <p>31 yo cuando la entreviste que fue cuando la conocí en <u>marzo</u></p> <p>32 busque que me diera la dirección pero esa no me la va a dar</p> <p>33 porque piensa que es que yo se lo voy a llevar, yo hubiese</p> <p>34 querido de de verdad que cuando el señor, él la</p> <p>35 condiciones que llego antes de caer en cama, él podía</p> <p>36 llevarse a la casa, claro la pensión si no se podía no lo iban</p> <p>37 aceptar porque aja pero por ejemplo ella no quiere dar</p> <p>38 ningún tipo de dirección sino teléfono y eso... <u>atiende la</u></p> <p>39 <u>llamada ahora cuando le da la gana ya no atiende las</u></p> <p>40 <u>llamada como antes, yo más bien la llame porque ella tiene</u></p> <p>41 <u>el concentrador de oxigeno en su casa y la llame para que lo</u></p> <p style="text-align: right;">Pág. 2</p>
--	---

	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	trajeara para poder trasladarlo porque por ejemplo horita s está necesitando para hacerle un rayos x y no lo podemos llevar porque con ese no lo ayuda (hace un gesto hacia la nariz queriendo hacer alusión de el respirador que tiene puesto en esto momento) y claro y él sin eso no pude estar mucho rato sin (gesto respirar) entonces se le pidió el concentrador ella no lo quiere traer porque dijo que era muy pesado que ella lo tenía en su casa, , <u>no le trae ropa, no le trae nada ella lo tiene ya completamente abandonado y</u> como te dije <u>los únicos familiares son su cuñada y tres sobrino que tiene</u>
Fecha de abandono por el familiar Descompensación anímica	12 13 14 15 16 17 18 19	I: <u>¿desde cuándo, desde marzo?</u> T.S.: <u>desde enero que se fue de viaje ella regreso en marzo y ella no llamo para saber del señor si yo no la llamo ella no...</u> entonces vino yo le dije que necesito hablar con usted porque yo no conocía a... no la conocía ahí fue que vino, me <u>me hablo y me dijo yo no voy a ir a visitarlo</u> , ella está muy molesta porque el llego caminando y ahora no camina y ella está molesta por eso,
Apatía familiar	20 21 22 23 24 25 26 27 28 29	I: pero es que claro cómo va a caminar si ya cayó en un estado de depresión T.S.: si, si al principio como ella venía él estaba como un poquito más (gesto de animado) me dice la trabajadora social, cuando yo llego en enero estaba así decaído la otra trabajadora social me dice que cuando ella lo tenía y ella (se refiere a la cuñada) como venía más seguido él estaba un poquito con más animo <u>poco a poco se va desmejorando</u> <u>porque ve que no tiene</u> (gesto de comprensión), y yo le dije señor Joaquín regreso su cuñada y él me pregunto cuando venía y no... o sea a mí me da cosa decirle pues que es que
+por parte del adulto mayor	30 31 32 33	no quieren venir y <u>los sobrinos menos, él sobrino me dijo que él había venido y este se enfermó le dio un gripe que todavía supuestamente la tiene y que no va a venir más para</u>
Estilo de vida	34 35 36 37 38 39 40 41	<u>acá y son tres sobrino y son sobrinos de él</u> , y entonces me dijo, <u>él nunca estuvo con nosotros y entonces el ahora no puede pretender que nosotros estemos pendiente de él.</u> I: otros hermanos que él tenga T.S.: aquí en caracas no y Venezuela el lo que dice que, como yo les dije se llamó <u>al consulado con unos número telefónico que tenemos del papa de la mama y ella la señora y que les dijo que ella no tenía ningún hijo con ese nombre y</u>

Patología actual	<p>1 <u>el hermano igual</u>, entonces estamos así porque no, y el no</p> <p>2 <u>da, no dice nada y la cuñada me dice que lo que pasa es que</u></p> <p>3 <u>él se vino a Venezuela y se olvidó de la familia allá en</u></p> <p>4 <u>Colombia.</u></p>
Fecha de alta	<p>5 I: y ¿respecto al estilo de vida que él llevaba?</p> <p>6 T.S.: <u>él dice que él era consumidor de droga eh alcohólico</u></p> <p>7 <u>y eso también hizo que la familia lo abandonara... entonces</u></p> <p>8 <u>ese es el problema del señor que nunca hizo pareja nunca</u></p> <p>9 <u>tuvo hijo y entonces esta solo...</u> y los sobrino a veces unos</p> <p>10 lo entiende porque no es el primer caso que llegan y nos</p> <p>11 dicen lo mismo que <u>él nunca estuvo con nosotros y entonces</u></p> <p>12 <u>el ahora no puede pretender que nosotros estemos pendiente</u></p> <p>13 <u>de él y entonces después que están viejos y enfermos es</u></p> <p>14 <u>que...</u> claro yo si les dije que yo entiendo esa parte y en</p> <p>15 ningún momento le estoy diciendo a ustedes que se los</p> <p>16 lleven a su casa, pero si apóyenlo, ayúdenlo</p>
Satisface su higiene personal	<p>17 I: ¿un sitio donde él pueda estar?</p> <p>18 T.S.: si porque fíjate aquí esta y no cumple tratamiento</p> <p>19 porque ya el señor está bien, y él está, esta tan delgado así</p> <p>20 porque <u>tiene también desnutrición proteico calórica</u>, él llego</p> <p>21 también así bastante delgado claro acostado así más se está</p> <p>22 secando.</p>
Enfermeras	<p>23 I: ¿él ya fue dado de alta?</p> <p>24 T.S.: <u>él está de alta porque ya él tiene aquí un año</u></p> <p>25 I: ¿desde cuándo?</p> <p>26 T.S.: desde... <u>claro no formal el acta pero si ya él esta... el</u></p> <p>27 <u>llego aquí por una tuberculosis y ya fue superada, desde el</u></p> <p>28 <u>año pasado eso es lo que manejan los médico que ya él</u></p> <p>29 <u>tiene aquí un año y de alta médica.</u></p> <p>30 I: ¿ha contraído otras enfermedades en el hospital?</p> <p>31 T.S.: no él lo único son su... gracias a dios porque si no</p> <p>32 andaría corriendo uno para allá y para acá, él no ha tenido</p> <p>33 menos mal que bien, es un hombre sano</p>
Sistema de defensa	<p>34 I: y al él no le salen...</p> <p>35 T.S.: escara no porque él se mueve, él se mueve, <u>él mismo</u></p> <p>36 <u>se hace sus cosas tu no ves que a él los pañales que tiene ahí</u></p> <p>37 <u>cerca, él cuando hace sus cosa, él mismo se lava y allí</u></p> <p>38 <u>mismo</u>, estuvo un doctor que él llamaba a las enfermeras</p> <p>39 para que lo llevaran al baño, porque el señor no se quiere ni</p> <p>40 bañar y este pero al doctor lo cambiaron y claro las</p> <p>41 enfermeras al ver eso... ahí lo tienen... para ellas también es</p> <p style="text-align: right;">Pág. 4</p>

<p>Negligencia de las enfermeras</p>	<p>1 Más cómodo como él se hace todo... 2 I: no tienen que ayudarlo hacer nada... 3 T.S.: si 4 I: esos pañales se compran o lo traen aquí en el hospital 5 T.S.: si nosotros tenemos una... yo siempre estoy pendiente 6 de llevarle pañales y hay una señora cristiana que ella se 7 ocupa de venir y lavarle la ropa se lleva las sabanas y se las 8 lava. 9 I: nosotros les preguntamos si a él le gustaría entrar en una 10 casa con personas mayores igual que él para que el pudiera 11 conversar y todo lo demás y nos dijo que si, entonces hay 12 momentos en que también se contradecía entonces el hizo 13 este gesto agarrándose la cabeza 14 T.S.: si esos es manipulación es que cuando él ve que ya 15 <u>empiezan hacerles ya muchas preguntas esa son las ya uno</u> 16 <u>lo conoce, lo que hace como para que la gente lo deje, se</u> 17 <u>hace pupú</u> y cuando yo le dije que iba a traer una persona 18 para que le hiciera rehabilitación, aunque se para que medio 19 camine, pero claro yo lo veo muy delgadito y yo sé que él 20 no va a poder, pero aunque sea sentarse y entonces ella le 21 estuvo haciendo, la primera vez empezó hacer los ejercicio 22 estaba yo ahí y de repente sentí el mal olor, rapidito ok yo 23 de una vez le dije a la enfermera que viniera a limpiar para 24 yo poder continuar y lo limpiaron y después la segunda vez 25 vino igualmente apenas ella empezó se hizo, entonces claro 26 ella tiro la toalla porque no cada vez que yo vengo 27 enseguida, y no pudo continuar porque la <u>enfermera no lo</u> 28 <u>quiso limpiar, me dijo después del medio día lo limpio...</u> ahí 29 lo dejaron</p>
<p>+ maltrato de las enfermeras</p>	<p>30 I: Tardan tanto tiempo así 31 T.S.: <u>si es que las enfermera eso le molesta y entonces yo ya</u> 32 <u>no le voy a...</u> y lo regañaron, entonces regañaron y dejaron 33 y la señora ya no puede continuar porque está lleno... 34 entonces ella a mí me dijo ella tampoco... ella también ella 35 tiro la toalla entonces me dejaron sola, ahí se quedó 36 entonces yo le dije señor Joaquín pero siéntese, y ando 37 buscándole una silla nueva y no, es que horita en la 38 instituciones no hay sillas de rueda porque yo le digo 39 aunque sea la silla de rueda, ella quedo en eso y nada porque 40 yo dije eso también lo ayuda, pero yo no nosotros no 41 estamos para manipular paciente, eso se encarga un personal</p> <p style="text-align: right;">Pág. 5</p>

<p>Casa hogar privada +altos costos</p>	<p>1 Que hay aquí, yo en enero cuando yo llegue, yo hable con 2 las enfermera y con los médico porque cuando yo llegue 3 ellos me <u>estaban presionando hay que sacarlo porque él está</u> 4 <u>de alta</u>, entonces yo se lo dije pero para que ustedes dejaron 5 que este paciente se encamara porque se nos está haciendo 6 más difícil. 7 I: qué edad tiene él 8 T.S.: sesentas y seis no están ni tan viejo... 9 I: él tiene contacto con algunos amigos o conocido 10 T.S.: nada, nada un primo que viene, pero viene es de vez 11 en cuando pero es mucho mayor que él, este que vienes en 12 las tardes pero él se ve como esporádicamente yo lo he visto 13 una sola vez al señor. 14 I: que viene hablar con él 15 T.S.: que viene hablar con él y es un señor también que está 16 en una casa hogar, a bueno inclusive la señora... la ex 17 cuñada cuando ella vino porque ya no hay cupo horita por 18 el seguro social por problemas presupuestario no hay 19 ingreso, entonces yo se lo dije a ella, usted se perdió mucho 20 tiempo porque cuando desde el año pasado, si usted se 21 hubiese quedado se trasmite la casa hogar, entonces ella 22 quedo para conseguir <u>una casa hogar privada, yo empecé a</u> 23 <u>llamar por teléfono, pero los costos están muy elevado, están</u> 24 <u>entre setenta mil bolívares a cien mil</u> 25 I: ¿mensual? 26 T.S.: mensual eso son los costos horita yo pensé mucho 27 más económicos y entonces la llame porque es que fíjate 28 ella viene, ella está muy desinteresada, cuando ella me dice 29 así entonteces yo dije buena déjame empezar yo a llamar 30 porque yo sé que ella no lo va hacer y de verdad yo fui la 31 que hice varias llamada, y después, la llamo cuando le dije 32 claro yo si dije este precio no lo van a pagar ellos es difícil, 33 entonces ella si me dijo no no porque ella vive es de una 34 pensión entonces bueno se están haciendo los <u>contacto con</u> 35 <u>INASS la semana pasada vino una trabajadora social del</u> 36 <u>INASS ella quedo en bueno... este tratar de ubicarlo, ella</u> 37 <u>me dijo que no tenían cupo pero que iba hacer todo lo</u> 38 <u>posible, pero igualito tengo que esperar a que, por ejemplo</u> 39 <u>el señor que está en la veinte dos tiene un año esperando por</u> 40 <u>respuesta del INASS</u> 41 Porque horita con los problemas presupuestario <u>no hay</u></p>
<p>Contacto INASS +no hay cupo</p>	<p style="text-align: right;">Pág. 6</p>

+casas privada	1	<u>comida mucho en los centros, eso también me lo plantearon</u>
	2	<u>muchas casas privada me decían lo mismo que no tenían</u>
	3	<u>cupo para, por falta de comida, entonces me dieron más o</u>
	4	menos posibilidad que tenían cupo como tres o cuatro casas
	5	y esos son los montos que me dieron... ellos si no me
	6	pusieron ningún obstáculo por si no camina ellas me dicen
+casas del Estado	7	que tienen el personal mientras que en <u>las casas de estado</u>
	8	<u>siempre ponen pero para cuando los pacientes están</u>
	9	<u>encamado, según ellos el seguro social tiene una sola casa</u>
	10	<u>que aceptan personas así pero ya no tienen cupo</u> y las
Actividades recreativas	11	demás tiene que el paciente eh manejarse por el mismo
	12	I: ¿él tiene un año ubicado allí en ese cubículo en ese
	13	espacio?
	14	T.S.: allí mismo si
	15	I: ¿él hacía alguna actividad recreativa?
Estilo de vida	16	T.S.: <u>aquí no no el llego aquí y se quedó allí y poco a poco</u>
	17	<u>se fue quedando acostado, cuando están en situación de</u>
	18	abandono difícilmente caminen y paseen por los pasillo no
	19	sé si él hacía otra actividad antes <u>lo que sé es que él y que</u>
	20	<u>consumía su droga y alcohol, la misma cuñada dice y él</u>
	21	<u>también que le dijo al doctor que en su juventud hizo</u>
	22	<u>desastre y por eso todo lo que, estas enfermedades...</u>
	23	I: cuando le pregunta de la familia busca tratar de esquivar
Médicos	24	T.S.: cuando le pregunta de la familia no... si si es que el no
	25	(negando con la cabeza) por ejemplo la familia de
	26	allá(haciendo referencia a Colombia) no nada y los de aquí
	27	pregunta un poquito es por la señora Omaira que es la ex
	28	cuñada
	29	I: aquí un paciente dura hasta dos años sin respuesta
	30	T.S.: es que no podemos, <u>por lo médicos se sacarán</u> pero en
	31	los casos así que no hay donde meterlo no tenemos
	32	familiares donde llevarlos, porque nosotros cuando, si hay
	33	familiares, este hay familiares que no se lo quieren llevar y
	34	uno se los lleva nosotros agarramos un transporte y lo
	35	llevamos pero a él donde, no tenemos dirección de la
	36	familia y otro que también cuando ya llegan que no viven
	37	con el familiar, que vienen de una pensión, tampoco, como
	38	te digo como obligar a un familiar que después lo acepte,
Apatía familiar	39	ahora digamos si él viene que él vive en esta casa y lo traen
	40	acá y después no se lo quieren llevar ahí sí se puede obligar
	41	porque mira él viene de esa casa, él vivía allí, pero si viene

Negligencia y	<p>1 de una pensión y más como dice la señora, claro ya <u>ella dice</u> 2 <u>que no es familia de él porque su esposo murió su hermano</u> 3 <u>ya por ahí dice de parentesco no tengo nada con él</u>, claro 4 quedan los sobrino que ya son adultos pero tampoco se 5 quieren hacer cargo y de los muchacho vino uno solo nada 6 más los demás no sé quién, quien es. 7 I: ¿En algún momento estuvo en situación de calle él señor? 8 T.S.: el señor no no, siempre creo que estuvo en su 9 pensión... 10 I: ¿Cómo es el trato de las enfermeras hacia él? 11 T.S.: <u>no eh mal a él lo tienen abandonado completamente y</u> 12 <u>como él come, le ponen la comida allí y él se la come no te</u> 13 <u>digo yo que lo tienen... como el medio se se se limpia y eso</u> 14 <u>ellas nada ni pendiente</u>, estando un doctor allí que fue el que 15 apoyo todas las mañana venía y lo mandaban a bañar y eso 16 <u>ellas se molestaban</u>. 17 I: me pude fijar que tiene el cabello corto no tiene la barba 18 tan larga, las uñas tampoco las tiene tan larga 19 T.S.: <u>si si... hay una señora una cristiana que ella viene y se</u> 20 <u>lleva su ropa y la lava y le trae sopita cuestiones así</u>. 21 I: esa es la única persona que lo apoya 22 T.S.: <u>la única es la señora cristiana</u> 23 I: y el habla con ella 24 T.S.: <u>creo que no, no he estado allí...</u> una vez que vi a la 25 señora pensé que eran familia y la aborde y entonces ahí fue 26 que me dijo no yo lo conozco, porque ella venía el año 27 pasado, ella estaba cuidando a un señor allí y entonces 28 siempre viene como son estas personas cristianas le trae 29 cualquier cosita aja ella vive en Baruta y hubo aquí un 30 tiempo en el mes de mayo que se suspendió la comida no 31 había y entonces yo llame al sobrino y mira no hay comida 32 me imagino que usted ha visto en la televisión que aquí en el 33 Vargas no tenemos comida entonces para que nos ayude 34 aunque sea, yo le dije nunca te hemos molestados para nada, 35 necesitamos que le traigas comida, me dijo que no, si quiere 36 yo le hago un cheque para que usted le compre comida, yo 37 le dije que eso no era así pero no trajo entonces la señora si 38 venía le traía su comida a él y a varios pacientes que no 39 tenían familiares, porque estábamos con problemas con la 40 situación económica, la familia el que tenía le traía algo 41 pero... creo que duro quince días la situación y entonces ya</p> <p style="text-align: right;">Pág. 8</p>
---------------	--

molestia de las enfermeras	1 2 3 4 5 6	mejoro pero y ahí fue que conocí a la señora, no yo siempre vengo le traigo cualquier cosita y me llevo la ropa, entonces el está así porque ellos tampoco hablan porque el día que yo vi, él estaba comiendo y <u>lo único es que come bastante él</u> esta flaquito así pero, come bastante, entonces se comió la... pero no hablaba mucho con ella, ... <u>me imagino que así</u>
Cristiana	7 8 9	<u>también fue de joven que era poco comunicativo y ahí se ve pues porque si no tuvo mucho contacto con los familiares que estaban aquí con los sobrino</u>
	10	I: ¿nació en qué fecha?
	11 12	T.S.: el 13 de junio del 49 ingreso el 14 de julio del año pasado
	13	I: ¿Qué tiempo tiene llevando el caso?
	14	T.S.: Desde enero
	15 16	I: Y desde enero a buscado la manera de ubicarlo en un centro geriátrico por el INASS y el SS
	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32	T.S.: por el <u>seguro social exige que sea familiar o conocido que haga la diligencia</u> y por eso se iba hacer cargo la señora, ella se va en diciembre pide permiso para salir un tiempo y regresar ella dejo a cargo a uno de los sobrino cuando yo llego en enero lo llamo para porque se estaban esperando también los exámenes que tienen el seguro social cuando ya lo teníamos todo lo llame para que el viniera y fue cuando él me dijo que él había hecho contacto con una casa hogar en el cementerio y le dijeron que en las condiciones del señor no lo podían aceptar que la única casa que acepta personas encamada, cuando yo llame a la casa hogar ella me dice no no yo no le dije así si no que horita no tenemos cupo para hombres, porque esta es la única casa que acepta personas que no caminen pero él me dijo, yo la llame y le dije no ella lo que dice es que no tienen cupo pero igualito llévele los papeles, entonces ahí <u>me dijo que no porque el señor no</u>
Relaciones sociales	33 34	<u>caminaba que él no se iba hacer cargo señor, porque ahí piden un familiar para que se haga cargo pues, que tiene que</u>
+Contacto familiar	35 36 37 38 39 40 41	<u>estar pendiente de llevarle la cosa y el diría no, o sea no quiero responsabilidades yo lo quiero llevar a un sitio donde no me llamen ni nada, me imagino que eso fue lo que él... no me lo dijo pero yo sé que es así</u> y es el familiar o un conocido que tiene que hacer la diligencia anteriormente nosotros hace años a tras el seguro social permitía que un trabajador social hiciera los trasmite pero como claro
Políticas inadecuadas		Pág. 9

<p>Ninguna Responsabilidades familiar</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</p>	<p>Nosotros como institución llevamos el paciente y nos olvidamos y ello dicen no cuando el paciente fallece o necesita necesitamos un familiar, porque nosotros no podemos hacernos cargo después que llevamos un paciente a una casa hogar estar pendiente y esta no..., no lo hacemos por eso es que entonces ellos ahora <u>es obligatorio que sea un familiar o un conocido que se haga responsable ceo que ello hacen que la personas firmen</u> y eso es adivinando adivina tu uno lo lleva el trabajador social y ya.</p> <p>I: como se diferencia el proceso de selección del seguro social con el del INASS</p>
<p>Seguro social</p>	<p>13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24</p>	<p>T.S.: Bueno es que el proceso de selección es eso que por ejemplo el <u>seguro social que haya un familiar o un conocido</u> que se haga responsable una vez que el paciente llegue y <u>el INASS este si puede un profesional y este más que todo el INASS ellos piden que no tengan familia que son pacientes sin familia</u> aja sin embargo el seguro social no, ellos mientras hayan anteriormente eran que hayan cotizado ya no ya el <u>seguro social ya abrió, es abierto a que no importa que no hayan cotizado pero que haya un familiar o un conocido</u> ese es como la diferencia, hay otras casas hogares como la de <u>la alcaldía, que también ellos requieren que el paciente sea este no tenga familia</u></p>
<p>Selección INASS y SS Casas hogar Alcaldía</p>	<p>25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41</p>	<p>I: ¿En cuanto a la atención en el país hay atención al adulto mayor? porque si hay varias casas que son pública o sea no son privada para que ellos puedan ingresar...</p> <p>T.S.: si están esas que te dije y están las casas hogares adscrita a la alcaldía, el problema es que claro se tarda mucho el ingreso y otro es que ellas horita están demasiado..., que ellas como que quieren que los pacientes que ingresan que se manejen por ellos mismos, o sea ponen muchos requisitos que, que nos afecta por ejemplo a los hospitales porque también tiene que entender que son pacientes que, que ya vienen deteriorado, entonces si están aquí es porque están enfermo cada vez que lo dan de alta son pocos los pacientes que van a salir caminando y todo eso por eso ellos ponen mucho pero</p> <p>I: quizás eso sea por la situación de que no tienen personal...</p> <p>T.S.: bueno ya tienen tiempo ya tienen tiempo en eso</p>

<p>Déficit en la atención de las casas hogares</p> <p>+políticas inadecuadas</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18</p>	<p>I: quizás porque necesitan una atención más delicada, necesitan más medicamentos, cualquier cantidad de cosa...</p> <p>T.S.: bueno fíjate nos afecta a nosotros como hospital porque el hospital... este es un hospital para atender enfermos y se compensan y entonces debe haber unas instituciones que se encargue de la otra parte porque nosotros tenemos caso aquí geriátrico, casi tenemos geriátricos aquí, las instituciones todas se lavan las mano yo llame también a la alcaldía, a la casa de gobierno que allá es que esta el coordinador de las casas hogares le plantie el caso y él me dijo que no tenían cupo, entonces ya todo el mundo dice no tengo cupo por falta de comida, y entonces le dije pero el problema es que nosotros aquí, ya se compensó el paciente de la parte de salud que es la que nos corresponde, entonces es que está pasando con las instituciones que no están tampoco dando respuesta del otro lado, entonces se nos ha convertido esto aquí en un....</p>
<p>Otras Instituciones</p>	<p>19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31</p>	<p>I: geriátrico</p> <p>T.S.: si en un geriátrico y negra Hipólita que tampoco ella lo que acepta es pacientes con problemas de alcohol, droga pero en las condiciones en que esta el señor Joaquín no... no estoy pendiente de llevarlo allá porque eso es una maldad, ellos no tienen una casa como para estos pacientes, porque si de repente el caminara pero no ahí tu sabes que el tipo de paciente que van ahí son pacientes mala conductas, malandro y eso da lástima, por más que él tenga problemas de alcohol y drogas no, y no... es que no tiene condiciones yo sé que al venirlo a ver a evaluar me van a decir este no tiene condiciones, yo a las pocas casas que he ido de ello cómo ve la gente, la gente que... otro tipo de personas pues nosotros si mandábamos paciente de la sala de</p>
<p>Negra Hipólita</p>	<p>32 33 34 35 36 37 38 39 40 41</p>	<p>traumatología pero son hombre que de repente... que andan en una silla de ruedas o con muletas pero se pueden valer por ellos mismos, nos sé si ustedes han visto el paciente que está en la sala once el señor Carlos león que también ellos le habían dado un cupo para la casa, uno de los centro de negra Hipólita y nosotros le dijimos que él no tiene condiciones, primero el señor es se ve que nunca fue alcohólico ni nada eso da lástima mandarlo así, eso es para los malandrino pues que llegan ahí que se pueden guindar con él (riéndose) eso es una maldad.</p> <p style="text-align: right;">Pág. 11</p>

Situación del país +problema	<p>1 I: ¿cuál cree usted que sea el problema de esas instituciones 2 para que no brinden respuesta oportuna? 3 T.S.: es que ellos plantean es eso tal ellos dicen y bueno 4 uno lo sabe si anteriormente... <u>anteriormente era que</u> 5 <u>nosotros decíamos no es que no lo quieren aceptar pero ya</u> 6 <u>horita uno se da cuenta que es la situación del país no hay</u> 7 <u>comida en los centro</u> porque nosotros mismo como hospital 8 lo hemos vivido, que a veces no no tienen comida, pero eso 9 es, <u>ahorita lo que está pasando es eso</u> y todos los centros 10 lo... porque fijate que <u>hasta las mismas casas</u> 11 <u>privadas</u> que, las que yo llame decían no tenemos cupo por 12 qué no tenemos comida, entonces fueron tres o cuatro casa 13 que si me dijeron que si tenían cupo para el señor Joaquín 14 pero también entonces viene la otra parte que los familiares 15 de él tienen como pagar pero no como para esa cantidad</p>
Abuelos en el hospital	<p>16 I: mucho dinero 17 T.S.: demasiado, estamos atado... yo me pongo en el zapato 18 del familiar muchos quieren, tienen aliguito para pagar pero 19 esa cantidad no... entonces sino tienen para llevárselo a su 20 casa muchos se lo... <u>horita estamos viviendo aquí en el</u> 21 <u>hospital que nos están dejando muchos abuelos, este</u> 22 <u>abandonado</u> y eso ya sabemos que es por la situación... que 23 vienen desde su casa, viven con ellos, lo traen a la 24 emergencia por cualquier cosa, entonces no tienen criterio 25 de hospitalización, lo han dejado y se hacen... lo dejan pues, 26 el problema es que a nivel de emergencia también hace falta 27 <u>una persona que tome datos, que tome los datos completos y</u> 28 <u>que valla revisando si la persona existe y los datos son</u> 29 <u>ciertos</u> entonces no los dejan a nosotros y fijate el año 30 pasado la señora llevo, en enero yo tuve que llamar al 31 INASS tuve suerte que me lo aceptaron, y dejaron a una 32 abuela de ochenta y tanto años sin papeles allá arriba en 33 emergencia</p>
+Solución	<p>34 I: esa fue la persona que salió en el periódico última noticia 35 T.S.: aja y ella... nos lo dejaron así los familiares, entonces 36 la gente que estaba ahí en ese momento en emergencia dice 37 que fue una camioneta muy bonita que llevo, la dejaron el 38 señor y que dijo ya va voy a comprar un jugo... no regreso y 39 aquí estuvo y él le trajo los papeles allá claro él no sabía que 40 era familiar de la señora y llevo como a las doces del día se 41 lo estaba dejando al vigilante, un sobre con unos papeles,</p> <p style="text-align: right;">Pág. 12</p>

<p>Fiscalía + inexistencia de un instrumento jurídico</p>	<p>1 una partida de nacimiento de la señora porque tampoco 2 nunca saco cedula y se lo dejo y se fue y aquí se quedó la 3 señora sin criterio y estaba abandonada por los familiares 4 conocidos, ya la señora tenía demencia no... por la edad 5 también no se acuerdan del nombre, su nombre no era, 6 según la partida de nacimiento no era el nombre que ella 7 daba al principio, no se acordaba decía un nombre María 8 María... 9 I: y no se acordaba donde vivía y si estaba acompañada, o 10 sea que era igual si ella estaba allá o estaba aquí 11 T.S.: exacto y aquí quedo hasta enero de este año que le 12 conseguimos el cupo en el INASS, al de Caricua <u>la lleve,</u> 13 <u>pero eso está pasando por la... en la medida que si ésta</u> 14 <u>situación sigue así, va a seguir... hasta personas jóvenes</u> 15 <u>también</u> de repente lo traen los familiares... yo tengo varios 16 Paciente allí abandonado, lo traen y... en lo que saben que 17 esta trabajo social de por medio nos lo dejan. Y esto va a 18 continuar si esto sigue así y como no tenemos respuestas de 19 las instituciones que deberían ocuparse de eso porque la... 20 <u>nosotros hemos llamado a defensoría del pueblo a fiscalía y</u> 21 <u>ellos nos dicen que ellos no están obligado a... obligar a los</u> 22 <u>familiares que se hagan cargo por ejemplo de los adultos</u> 23 <u>mayores,</u> me dijo la trabajadora social del INASS que es que 24 <u>no hay una ley para adulto mayores, hay una ley para niños</u> 25 <u>pero no de adulto debería existir una.</u> Esta fuerte la situación 26 está fuerte y aquí en los hospitales no tenemos como 27 atenderlos y cuando nos llega un paciente en condiciones de 28 calle sin apoyo familiar... 29 I: y si el paciente fallece 30 T.S.: nos encargamos nosotros si no hay familiares pero es 31 que nosotros cuando nos llega un paciente aquí sin 32 documentación primero <u>tenemos que hacer el contacto con</u> 33 <u>el SAIME para que lo reseñen</u> ellos no le sacan la cedula 34 sino que ellos nos mandan un oficio donde dice que las 35 huella pertenecen al número de cedula que dan... <u>ellos</u> 36 <u>mandan el oficio y eso nos sirve como una cedula identidad</u> 37 <u>hay unos que dicen dan un numero de cedula que no les</u> 38 <u>pertenece y ellos colaboran allí y dicen no este no le</u> 39 <u>pertenece y lo dejamos en el expediente, en caso de que</u> 40 <u>fallezcan nos toca enterrarlo a nosotros y el cementerio nos</u> 41 <u>da ataúd y fosas, bueno ahorita hay veces que tenemos</u></p>
<p>Pasos para abordar al adulto</p>	<p style="text-align: right;">Pág. 13</p>

<p>Tiempo de respuesta del INASS</p> <p>pasos</p>	<p>1 <u>problemas con las fosas que no tenemos aquí tampoco a</u> 2 <u>veces se nos dona, entonces hacemos contacto con las</u> 3 <u>funerarias</u>, por ejemplo la vallet nos ayuda mucho con, nos 4 dona muchos ataúd pero el <u>terreno y eso nos lo da el</u> 5 <u>cementerio</u>, igualito, a unos <u>impuesto que hay que pagar que</u> 6 <u>sale del bolsillo del trabajador social</u> porque para eso no 7 tenemos presupuesto a veces nos ayuda la dirección del 8 hospital pero... <u>es fuerte este trabajo es... si a nosotros</u> 9 cuando se nos llega... fallece una persona que no tiene 10 familia... 11 I: el estado de ánimo de ellos en la institución ellos todo 12 tienden a deprimirse 13 T.S.: hay unos que se mantienen no llegan a caer en estado 14 depresivo, yo tuve el año pasado a un señor en la sala once, 15 el señor Santiago, que él vivía en una invasión y se quemó, 16 eh hubo una... un incendio y él se quemó y llego aquí solito 17 tampoco, al principio él no decía que él se devolvía a su 18 casa, yo decía pero es que ahí hay una invasión ya no eso se 19 quemó, entonces después me decía no que él trabajaba 20 vendiendo café, entonces no quería él me decía que él no 21 quería irse para una casa hogar que él se sentía que podía 22 seguir trabajando y vinieron a evaluarlo el INASS y él dijo 23 que no, después él dijo que si a los pocos día él dijo que si, 24 se tuvo que volver a llamar a la trabajadora social y ella lo 25 evaluó pero fíjate el duro aquí varios meses, él se fue en 26 <u>diciembre del año pasado y llego en enero y se fue en</u> 27 <u>diciembre que fue que nos dieron el cupo, casi un año</u>, él se 28 fue igualito... hablaba pero el salía lo malo era que estaba 29 quemado de la espalda y le hicieron unos injertos entonces 30 el salía y se sentaba en los pasillo y hablaba un señor mayor 31 pero el daba hasta risa a veces como hablaba porque él se... 32 el día que vino la trabajadora social a la entrevista él dijo <u>no</u> 33 <u>yo no me voy a ninguna casa hogar porque yo no estoy viejo</u> 34 pero ella lo supo manejar pero bien chévere, el señor se fue 35 chévere chévere, él dijo que no tenía familiares que tenía un 36 prima en Barquisimeto él era mayorcito ochenta y tanto de 37 años, me imagino que la prima igual, yo hice <u>llamado radial</u> 38 y no... nunca apareció nadie y también se <u>publican fotos de</u> 39 paciente a ver hemos tenido suerte con algunas, pero por 40 ejemplo con el señor Santiago nadie, nadie ni un conocido 41 no sé cómo vivía él, esas personas mayores que soy muy</p>
---	---

	1 fuerte que han trabajado toda su vida él decía no yo trabaje 2 he trabajado yo me ayudo con eso, pero yo lo veía muy 3 mayorcito pero no ya no, o sea de dale de alta no porque él 4 se podía ir para la calle, pero él decía que no que él se volvía 5 a ir para su habitación, era por aquí cerca donde él estaba, a 6 lo mejor al principio se fuese ido porque el señor no quería 7 irse a ninguna casa hogar, entonces así como él hubo 8 muchos <u>hay unos que si se debilitan.</u>
--	---

Pág. 15

Entrevista: Adulto Mayor 2 en abandono

Lugar: Comunidad de Pelayo Parroquia San José, caracas

Fecha: 26-07-2016

Hora de Comienzo: 11:05 am.

Hora de culminación: 11:55 am.

Entrevistador: Equipo de investigación

Categorías y propiedades	Texto de la entrevista
	<p>se entrevistó al AM2 en su vivienda ubicada en la comunidad de Pelayo en la parroquia Altigracia del Distrito Capital adyacente al Hospital Vargas, el ingreso a la comunidad se hizo con el acompañamiento de la coordinadora de trabajo social y dos voceros del Consejo Comunal Pelayo</p> <p>Se llegó a la casa del AM2 a las 9:00 am todavía se encontraba durmiendo, en vista de que no salía el AM2 el equipo de investigación decidió retirarse y regresar luego para hacer la entrevista. Dos horas más tardes regresamos y el AM2 estaba despierto y nos recibió, nos permitió la entrada a su casa con un poco de pena por las circunstancias en la que se encontraba su vivienda, logramos percatarnos de que la puerta de la entrada no tiene cerraduras y tiene colillas de cigarros por todo el piso, la casa no tiene luz, además en la sala, los dos cuarto, la cocina y en el comedor tiene acumulación de desechos sólidos y residuos de tabla, sillas rotas, puertas en mal estado, estructuras de lavadoras, cajas etc. En vista de la acumulación de desechos ubico la cocina en la parte de arriba, en el lavadero al lado del baño, en el lavadero había ropas guindadas más desechos y la cocina estaba al lado de la batea, el baño no tenía puerta, las paredes tenían filtraciones y el piso estaba sucio, sin embargo la vivienda no producía olores nauseabundos, el señor estaba aseado, con ropa limpia y en buenas condiciones físicas. En la casa se sentía una humedad producto de la filtración y que en una parte de la casa en las escalera hacia el primer piso no tenía techo y cuando llueve entra el agua a la vivienda, a tales circunstancia el señor se encontraba apenado, la entrevista se realizó en el lavadero por ser el lugar donde entraba más la luz del día, la intención de la conversación era tomar las impresiones del señor</p>

		acerca de las circunstancias en la que se encontraba viviendo.
	1	AM2: tengo mucho cachivachero
	2	I: Si tiene mucho cachivache aquí hay que hacer una limpieza
	3	pero bien buena.
	4	AM2: claro.
	5	I: Si señor.
	6	AM2: Si vale.
	7	I: Vamos hacer la entrevista aquí para que esta pendiente de
		Pag.1
	1	Voltear las arepas y no se les quemem señor Luis. Quiere que le
	2	hagamos las preguntas aquí para que no se le quemem las arepas,
	3	para el informe que se hace para pedir lo de la comida, él le va
	4	ser unas preguntitas... le vamos hacer unas preguntas que para
	5	nosotros y el desarrollo de la investigación es muy importante.
	6	Tenemos aquí una grabadora para grabar toda la entrevista si
	7	usted lo permite... esta es la grabadora (le enseña la grabadora al
	8	entrevistado).
	9	AM2: ah la grabadora... (Asintió la cabeza mostrando
	10	aceptación por el uso de la grabadora).
	11	Ir: ¿qué edad tiene Sr Luis?
	12	AM2: bueno esteee tengoooo 64 años creo
	13	I: ¿nació aquí en Venezuela?
	14	A: si en Catia los flores de Catia
	15	I: ¿Como es tu familia cuéntame de tu familia?
	16	AM2: ¿mi familia? bueno tengo, <u>tengo tres hermanos una</u>
	17	<u>hembra y un varones y bueno vive en valencia aquí en caracas</u>
	18	<u>vive mi hermano y yo</u>
	19	I: ¿tienes hijos?
	20	AM2: no tengo hijo
	21	I: ¿has tenido contacto con tus familiares?
	22	AM2: si si pero no he sabido que allá hecho hijo.
	23	I: ¿última mente has tenido contacto?
	24	AM2: no... tengo tiempo que no he... tengo contacto
	25	I: ¿desde hace cuanto tiempo?
	26	AM2: <u>Desde hace cuanto tiempo (sorprendido), bueno... este...</u>
	27	<u>mi hermano lo he visto por ahí en algunas ocasiones y mi</u>
	28	<u>hermana la de valencia eh esteee hace, hace ya ya cuanto tiempo,</u>
	29	<u>si comoo un año que no la veo año y pico.</u>
	30	I: ¿qué actividades recreativas le gustan?
	31	AM2: ¿Actividades recreativas? Bueno caminar caminar, intento
Relaciones familiares		
Habilidades		

	32	desarrollar la guitarra yo tuve cuatro años de solfeo cuatro años
	33	de teoría y solfeo aprobado si le escrito un poco de música
	34	entonces siempre me pongo a hacer aaa la guitarra no, para
	35	conocer la guitarra aprender hacer melodía
	36	I: ¿y sale a caminar todos los día?
	37	AM2: si si todos los <u>día doy una caminadita</u> porque me siento,
	38	como para agarra aire.
	39	I: ¿cuénteme como es un día en su vida?
	40	A: bueno eh algo variado a veces se viene la gente nueva a... a
		Pag.2
Relaciones sociales	1	ver buscar de hacer algo otra cosa a veces bueno generalmente no
	2	bueno me levanto <u>voy paseo por ahiii este hago tengo un sitio</u>
	3	<u>donde hago cosas como recojo conooo, recojo los cono y me dan</u>
	4	<u>alguito me dan cien bolívares es un favor</u>
	5	I: ¿le gusta mantenerse acompañado o le gusta estar solo?
	6	AM2: <u>bueno no nooo sii me gusta de repente hablar en</u>
	7	<u>determinado momento con las demás personas noo pero me porto</u>
	8	<u>bien donde soy porque uno solo es como más cómodo</u>
	9	I: usted todavía toca sr Luis
	10	AM2: si sii aunque le hacen falta tres cuerdas tengo tiempo que
	11	no he podido ponerle las cuerdas
	12	I: ¿le hacen falta tres cuerdas?
	13	AM2: si se me rompieron la prima, la cuarta y la quinta y bueno
	14	de tanto dale noo y tengo varios días así no he podido
	15	conseguirles las cuerdas
	16	I: Que otro instrumento le gusta tocar
	17	AM2: bueno además de guitarra <u>he trabajado el bajo el bajo si</u>
	18	me puse a estudiar el bajo y bueno lo desarrolle como se
habilidades	19	estructura y algún poquito de ritmo no <u>y batería rítmica batería</u>
	20	<u>percusiva batería de tambores</u> he trabajado también bastantes
	21	técnica no dee batería
	22	I: ¿Tienes alguna comunicación con amigos o conocidos
	23	cercanos?
	24	AM2: <u>si noo pocas veces</u> ¿con los amigos? Sii ¿con los vecinos?
	25	Sii
	26	I: ¿cómo es la relación?
	27	AM2: bueno siempre saludo a la gente (silencio) hablamos
	28	compartimos
	29	cigarros
	30	I: ¿usted tiene algún padecimiento de salud?
	31	AM2: ¿cómo? (No escucho bien la pregunta tiene dificultades

	32	auditivas)
	33	I: ¿usted tiene algún padecimiento de salud?
	34	AM2: no no gracias a dios salud bien
	35	I: ¿tiene algún tipo de vicio?
	36	A no no fumar unos cigarrito
	37	I: ¿desde cuándo fuma?
	38	AM2: ah (no escucho bien la pregunta)
	39	I: ¿desde cuándo fuma?
	40	AM2: desdeee..... los dieciocho veinte años por ahí
	41	I: ¿cuál fue su última ocupación, en que trabajaba?
		Pag.3
Ocupación	1	AM2: bueno yo <u>vendía café</u> pero con el alza de café; sabe
	2	que subieron el precio no... este no pude seguir trabajando
	3	vendiendo café porque conño me agarro de sorpresa y <u>no pude</u>
	4	<u>hacer pues el monto para costear el café yo lo compraba en</u>
	5	<u>veintitrés bolívares y de repente lo dispararon a mil bolívares mil</u>
	6	<u>quinientos el medio kilo dos mil quinientos el medio kilo conño</u>
	7	I: ¿y antes de vender café que hacías?
	8	A: Además de café ah buenooo ayudo a recoger los cono eh... en
	9	el recreo en la línea del recreo
	10	I: ¿En la línea de taxi?
	11	AM2: si ese es todo el trabajo que he tenido
	12	I: ¿Nos comentaron que usted tenía un puesto de perro caliente?
	13	AM2: Ah (sorprendido) vendí perro caliente un año, año y pico
	14	I: ¿Por esta misma zona?
	15	AM2: ah
	16	I: ¿Por esta misma zona?
	17	AM2: <u>si aquí en la casa, bueno yo empecé a vender en San Luis</u>
	18	<u>entonces los vecinos me dijeron no hombre tráigase esa venta</u>
	19	<u>para acá, me la traje para acá y bueno aquí también vendí, un</u>
	20	<u>poquito menos pero si vendía estuve como dos año, uno o dos</u>
	21	<u>años vendiendo perro caliente silencio</u>
	22	I: ¿Cuál es su opinión acerca que una persona sea
	23	institucionalizada en un centro geriátrico?
	24	AM2: ¿sea?
	25	I: ¿institucionalizada en un centro geriátrico? Que ingrese en un
	26	centro geriátrico
	27	AM2: oh <u>muy desagradable</u> porque o sea <u>a menos que</u>
	28	<u>tenga problemas</u> teniendo problema si creo que debe <u>recurrirse</u>
	29	<u>no para organizar mejor las cosas</u>
	30	I: ¿por qué desagradable?
	31	AM2: ¿ah?
Ocupación anterior		

32	I: ¿por qué desagradable?
33	AM2: sea desagradable? no no, no tiene porque ser claro que no
34	tiene porque ser desagradable, la <u>atención médica bueno, es</u>
35	<u>buen atención médica</u>
36	I: ¿Usted estaría dispuesto a ingresar en un centro geriátrico?
37	AM2: <u>no me gustaría</u> , mi vida está aquí
38	I: ¿aquí se siente más cómodo?
39	AM2: (se ríe)... si cómodo
40	I: ¿cuenta con alguna ayuda económica de estado cobra pensión?
41	AM2: no nada de eso
	Pag.4
1	I: hemos visto en el informe que usted ha asistido al hospital
2	AM2: ¿ah?
3	I: ¿usted ha asistido al hospital ha ido al hospital a chequearse?
4	AM2: fui ah verme un poquito con Xiomara la compañera, a
5	chequearme un poquito porque me duele el oído el oído... ah me
6	vio un médico
7	I: ¿te atendieron los médicos?
8	AM2: si los medico si... en el hospital Vargas
9	I: ¿siente usted que el hospital le brinda todo para que ustedes se
10	sienta bien cuando va?
11	AM2: no bueno no está de más noo, conchale una observación de
12	profesionales médico..... no está del todo mal para saber hacer
13	algo saber por lo menos qué hacer
14	I: ¿Le inspira confianza el personal del hospital?
15	AM2: <u>Claro claro si ellos son trabajadores de la medicina</u>
16	(ríndose)
17	I: ¿Usted se dirigió al servicio social del hospital?
18	A: ¿Cómo?
19	I: ¿Usted se dirigió al servicio social del hospital?
20	AM2: ah con yudi
21	I: ¿Cómo fue el trato como le pareció?
22	AM2: <u>muy bien bien</u> noo me gusta mucho pero bueno porque eso
23	es para atender a uno así que uno sienta que tiene una
24	enfermedad pero sin tener enfermedad (hizo un gesto de
25	rechazo) no me gusto porque me llevaron para que me
26	chequearan el oído y me metieron un broma que coño que eh me
27	<u>dolió me desagrado esa broma eso fue lo único malo</u>
28	I: ¿y ahora escucha mejor?
29	AM2: no no escucho igual tengo un problema en el oído
30	I: como se sientes usted actualmente con esta situación donde
31	vives

	<p>32 AM2:<u>me siento bien bastante bien la gente no es tan mala es</u> 33 <u>buena, es un sitio agradable hay un buen humor</u> 34 I: ¿colaboran con usted? 35 AM2: si si colaboran conmigo y todo 36 I: ¿y usted colabora con sus vecinos? 37 AM2: si claro en lo que pueda... colaboro 38 I: El investigador dio por culminada la entrevista y agradeció al 39 Sr. Luis por su tiempo y colaboración</p> <p style="text-align: right;">Pag.5</p>
--	---

Entrevista: Coordinadora del Departamento de Trabajo Social Judith Chauran

Lugar: Hospital José María Vargas, Departamento Trabajo Social, Mezzanina Parroquia San José Caracas, Distrito Capital.

Fecha: Lunes 22-07-2016

Hora de Comienzo: 10:15 AM;

Hora de culminación: 12:15 PM,

Entrevistador: Equipo de investigación.

La entrevista se efectuó en una sala de reuniones el cual contenía un (1) escritorio, varias sillas alrededor del escritorio y un (1) pizarrón. La Trabajadora Social ingresa al recinto y toma asiento en una silla en frente del escritorio en el cual se encuentran grabadoras y materiales de apoyo para la entrevista, los investigadores nos encontramos sentado en forma de semicírculo en frente de la entrevistada.

Coo: Coordinadora de trabajo social Trabajador Social

I: Investigador

Categorías y propiedades	Texto de la entrevista
Significado de la vejez	<p>1 Trabajadora social: ¿empezamos entonces?</p> <p>2 Investigadores: empiezo yo, ¿años de servicio?</p> <p>3 T.S.: años de servicio tengo, 26 en la institución y 17 años</p> <p>4 ejerciendo la profesión.</p> <p>5 I: que bueno.</p> <p>6 T.S.: a punto de jubilarme, quisiera yo tengo los años de</p> <p>7 servicio pero no tengo la edad, lamentablemente y los</p> <p>8 procesos de jubilación en la administración pública es...</p> <p>9 ya yo quiero otra cosa, si? Llega un momento no por el</p> <p>10 trabajo, ni por la profesión si no por la circunstancia o</p> <p>11 situaciones que ahorita hay, hace que tu llegues a tu casa,</p> <p>12 estaba yo y me desperté a las 6:00 , 6:30 el sábado, el</p> <p>13 domingo también casi a las 7:00, pase el fin de semana</p> <p>14 pensando en unas cosas que hay aquí en el hospital que yo</p> <p>15 digo bueno tengo que pasar suiche, lo que pasa es que por</p> <p>16 ejemplo ahorita la situación esta tan critica a nivel de salud</p> <p>17 que uno se lleva las cosas de aquí...</p> <p>18 Ahorita hay muchos problemas, inclusive hay muchas</p> <p>19 personas aquí, que han tenido crisis dentro del hospital,</p> <p>20 psicología tiene mucho trabajo ahorita, por la misma</p> <p>21 situación llega un momento que la gente explota.</p> <p>22 I: estamos ahorita viviéndola fuerte, ok, comenzamos</p> <p>23 entonces. ¿Para usted que significa vejez?</p> <p>24 T.S.: para mí la vejez es una etapa más del ciclo vital de un</p> <p>25 ser humano, es cuando uno realmente tiene como lo 60 años,</p> <p>26 es lo que realmente está clasificado no, aun cuando es</p> <p>27 distinto para la parte de pensiones 55 la mujer, 60 el hombre,</p> <p>28 pero para lo que es el ciclo vital dicen que a partir de los 60</p> <p>29 años, aun cuando estuve revisando algo de la OMS, que dice</p> <p>30 que tiene como tres edades, no sé si ustedes lo revisaron? Es</p> <p>31 importante que lo coloquen, tres edades en la vejes habla de</p> <p>32 60 -64, 74 no sé qué, si la vejes la clasifican un poco más es</p> <p>33 como decir estoy algo mayor o peor si pero tienen anciano,</p> <p>34 entonces revisen eso, la definición o clasificación que hace la</p> <p>35 organización mundial de la salud de lo que es la vejes.</p> <p>36 Entonces es como les repito , <u>para mí es un ciclo normal que</u></p> <p>37 <u>tiene que vivir el ser humano,</u> por supuesto es un ciclo que</p>

Importancia	<p>1 de alguna manera y colocándome un poco con la otra</p> <p>2 Pregunta aún sigue estigmatizado porque aun cuando siento,</p> <p>3 yo lo voy a englobar todo y luego ustedes... aun cuando este</p> <p>4 siento que <u>no solamente a nivel de país en algún otros países</u></p> <p>5 <u>se le ha dado un poco más de realce a lo que es la etapa de la</u></p> <p>6 <u>vez un poco más de importancia y algunas políticas se han</u></p> <p>7 <u>orientado hacia a beneficiar o ayudar a este grupo que de</u></p> <p>8 <u>alguna manera comparado con otro grupo niños adolescentes,</u></p> <p>9 <u>adulto, este siempre tienen una mínima condiciones de vida</u></p> <p>10 he tienen mucho menos beneficios o mucho menos</p> <p>11 capacidades, porque a medida que vamos pasando los años</p> <p>12 45, 50, 55 años vamos perdiendo nuestras capacidades físicas</p> <p>13 intelectuales y mentales y de alguna manera eso va a influir</p> <p>14 en la medida que yo sea útil o no útil para la sociedad ok?.</p> <p>15 <u>entonces para mí es un proceso normal, un proceso que uno</u></p> <p>16 <u>tiene que mentalizarse que uno va a un proceso en el que tu</u></p> <p>17 <u>puede dar mucho porque toda la experiencia que reúnes</u></p> <p>18 <u>durante toda tu vida esa experiencia tú la puedes dar en tu</u></p> <p>19 <u>comunidad, la puedes dar en tu sitios de trabajo, aquí hay</u></p> <p>20 personas todavía, inclusive médicos que pasan de 60 años, los</p> <p>21 han jubilado y continúan dando eso significa que aun cuando</p> <p>22 yo sea viejo muchas veces no determina, que <u>se considera un</u></p> <p>23 <u>término, eh, discriminativo, peyorativo o , de descalificación,</u></p> <p>24 <u>yo puedo dar ok y también eso del término de vejez va a</u></p> <p>25 <u>depender de cada uno de nosotros porque cada uno de</u></p> <p>26 <u>nosotros es quien mismo se envejece, mentalmente</u> porque es</p> <p>27 un proceso físico y es un proceso mental si bien vamos</p> <p>28 perdiendo algunas capacidades físicas de acuerdo a como uno</p> <p>29 lleva su vida pero también va a depender de lo que yo sienta</p> <p>30 por dentro, yo puedo tener 60, 70 años pero soy una persona</p> <p>31 todavía activa que puedo seguir dando, con las limitaciones</p> <p>32 propias del envejecimiento del cuerpo, porque el cuerpo</p> <p>33 empieza a pasar factura, es como un carro, tenemos un carro</p> <p>34 nuevecito y tiene todo 0 kilómetros, caucho, pero a medida</p> <p>35 que tiene tiempo pasa 10 años que pasa con el carro? Por</p> <p>36 supuesto al carro tú le puedes cambiar los cauchos, le puedes</p> <p>37 cambiar la ¿cómo es? El motor en muchas cosas, pero en el</p> <p>38 ser humano hay cosas que son irremplazables, pero también</p> <p>39 se puede ayudar con una buena alimentación una vida</p> <p>40 tranquila y pos supuesto medicamento para mí la vejes es un</p> <p>41 proceso normal, natural que debemos vivir todos.</p> <p style="text-align: right;">Pág. 2</p>
-------------	---

Utilidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22	<p><u>la casa lo hace</u>, por supuesto si no tiene una discapacidad física o una enfermedad crónica degenerativa que no le permita <u>pero mientras tú le des una ocupación física o le des el momento o le des la paciencia, él puede soportar porque para el sentirse que no le veas que no le hables no le digas</u> porque por ejemplo mi papa tiene muchas enfermedades mi hermano se le ocurrió la brillante idea de imprimirle las enfermedades y eso es una cartilla que le lee a todo el mundo diario, me entiendes? Pero llega un momento que por ejemplo uno llega a casa cansado, y no sé qué, la cuestión y él llega con la cartilla y uno no le puede decir mira no, porque eso lo va hacer sentir como, cuando tú le dices a un niño no veas la televisión o no te doy el dulce, ese es el mismo proceso, yo siento que no estamos preparados realmente para asumir este, estos momentos bien como nosotros o como seres humanos que estemos en ese ciclo o como familiares y por eso siento que hay tanto, este, este, como te digo tanta indiferencia hacia este grupo, Y es un grupo vulnerable, porque no es igual decirte, yo no estoy preparada o nosotros nunca fuimos preparados para ser padres, y sin embargo en el camino vamos aprendiendo, entonces yo siento que es eso.</p>
Patrones culturales	23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41	<p>I: uju T.S.: ósea, el ciclo vital de un ser humano va a depender de los patrones culturales que yo tenga el proceso de socialización que yo tenga en toda mi vida ok, de lo que la sociedad me dice y que me dice la sociedad. I: ¿cómo entiende usted la evolución del término anciano, vejes y adulto mayor? T.S.: ok, yo siento que esto tiene que ver mucho a nivel local ¿por qué? Que era lo que yo te decía el término vejes o viejo es un término que en algún momento, o es el término más usado para hablar del adulto mayor, con los años estudios, con las políticas sociales ese término ha ido cambiando, evolucionando en función de que no se vea que bueno, ¡ese viejo no sirve! entonces que pasa con esos tres términos que me dijiste vejes... I: termino de aciano, vejes y adulto mayor T.S.: <u>es un término, cualquier término se puede utilizar, pero con el tiempo ha ido cambiando para que esto suene de una forma un poco más, que le dé importancia a este grupo, que</u></p>

Políticas de estados	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41	<p>Le dé el respeto que se merece, entonces pasamos de vejes, pasamos de anciano, pasamos a un término que llamamos tercera edad y dentro de la tercera edad, hablamos del adulto mayor, dirán bueno por suena bonito o todo sirve, <u>el término adulto mayor fue implementado para dignificar a esta población y apartar los estereotipos que surgen alrededor de la vejez</u> trabajadores sociales, cuando hablamos los, hablamos de hombres de solamente masculino, y ¿qué pasa con el género femenino? Ok, yo lo comparo con eso,</p> <p>I: claro totalmente.</p> <p>T.S.: entonces es un poco, este eh, darle significado y darle el respeto a estas personas, no llamarlos viejos si no la tercera edad y referirnos al adulto mayor, y eso es algo que tienen que revisar mucho dentro de....</p> <p>I: ¿lo cotidiano?</p> <p>T.S.: si, no y dentro de lo que ustedes vayan a colocar</p> <p>I: ¿dentro de nuestra redacción?</p> <p>T.S.: de nuestra investigación hablar siempre de la tercera edad y del adulto mayor.</p> <p>I: ¿a partir de allí como considera la situación del adulto mayor en Venezuela?</p> <p>T.S.: <u>bueno, allí, allí estamos grave, si bien es cierto y vuelvo y repito, este régimen le dio un realce, hay cosas que aquí uno no puede ni negar, ni ocultar, el régimen que tenemos actualmente, o el sistema que tenemos actualmente</u> (interrumpe una profesional del área, quien indica que llaman por teléfono a la entrevistada, solicita permiso y se retira atender la llamada.) (minuto 13:57)</p> <p>T.S.: (regresa el entrevistado) ah, la situación del adulto mayor aquí en Venezuela, sí.</p> <p>I: ya, va para verificar si continúa grabando.</p> <p>T.S.: yo les hablaba un poco que si actualmente, tantos años que tiene el régimen, por la parte.</p> <p>I: el término anciano.</p> <p>T.S.: si, este, se hicieron algunos logros importante, no, en el sentido primero que fue la parte de régimen prestacional, que este, con el aumento de la, ¿cómo se llama?, de la ... el monto de las pensiones, están muy jóvenes pero hace muchos años, las pensiones de los...</p> <p>I: si, el ajuste salarial.</p> <p>T.S.: no sé si ustedes recuerdan pero realmente era...</p>
----------------------	---	---

políticas	1	De tantos adultos mayores que se han beneficiado en todo lo
	2	que va de este tiempo, que se decretó esa misión, ¿entonces
	3	qué pasa? Ahora todo eso lo absorbe el seguro social,
	4	¿ustedes trabajan verdad? bueno nosotros estamos pagando
	5	esa misión, con los aportes que damos al seguro social, de allí
	6	el seguro social saca para (risas) la pensión por vejes y la
	7	pensión de amor mayor. <u>Entonces no se revisen bien de hace</u>
	8	<u>dos o tres años el seguro social de alguna manera este,</u>
	9	<u>cruzo, ehh este, sus datas, y ahora el seguro social es el que</u>
	10	<u>tiene todas, el que da las pensiones igual que es un sueldo</u>
	11	<u>mínimo, entonces si hubo cambios significativos, a nivel de</u>
	12	<u>lo que fue llamémosla políticas sociales</u> , porque ahorita uno
	13	no sabe si llamarlas políticas o no, todas esas misiones, si
	14	hubo un cambio significativo en cuanto a beneficiar a este
	15	grupo de la población en cuanto a eso u otros cambios que se
	16	venían haciendo pero no se cumplían, ehhh... lo del transporte
	17	que si no pagan, sin embargo siguen los problemas, ya que se
	18	debía sacar un carnet al adulto mayor para no pagar en el
Atención en salud	19	transporte público, y ahora hay un cartel que dice mayores de
	20	60 años y menores de 4 años no pagan, sin embargo aun
	21	cuando ya está eso por decreto pelean con los abuelos, en que
	22	siento yo que la situación está grave que hiciste eso , <u>sí que</u>
	23	<u>estas beneficiando a muchas personas que tengan un sueldo</u>
	24	<u>mínimo que antes no tenían y que realmente lo necesitan ok,</u>
	25	<u>pero que ha pasado, son políticas que yo siento que son como</u>
	26	<u>efectistas ok, en un momento dado pero no se han visto que</u>
	27	<u>sea más allá de que la prestación económica no es lo único</u>
	28	<u>que necesita el adulto mayor necesita también atención en</u>
	29	<u>salud y para darle una buena atención en salud tú tienes que</u>
	30	<u>fortalecer los hospitales no solo para adulto mayor si no para</u>
Otras políticas	31	<u>todo</u> , o crear instituto especiales de salud para esta población
	32	que es la que más genera, yo les hablaba la semana pasada a
	33	los jóvenes a ustedes, que hicimos un censo porque venían
	34	hacer una actividad recreativa Y tenemos 60 adultos nada
	35	más en la sala de hospitalización, no en estado de abandono
	36	ok, hospitalizados, vez la población que más que todo está
	37	hospitalizada aquí, eso es importante, tienes que fortalecer la
	38	red de salud para darle salud, no solamente a ellos sino a
Políticas para cubrir el abandono	39	todos, siento que allí hay una falla, <u>dos aunque el INASS</u>
	40	<u>tiene muchas actividades recreativas,</u> bueno no me gusta
	41	meterme en esta, más que todo la veo de orden político ok,

Estilo de vida	1	porque lo he evidenciado con algunas compañeras del INASS
Instituciones geritricas	2	entonces bueno hay una reunión y tienes que ir ok, <u>si han</u>
	3	<u> dado alguna alternativas de recreación por ejemplo hay si</u>
	4	<u> necesitas viajar al interior te dan la mitad o un porcentaje de</u>
	5	<u> descuento, no sé si en la parte de cine del teatro, habido</u>
	6	<u> muchas cosas que si lo han beneficiado pero en cuanto a lo</u>
	7	<u> que es estos adultos mayores en estado de abandono, siguen</u>
	8	<u> siendo las mismas instituciones, siguen siendo los mismos</u>
	9	<u> centros geriátricos y no han aperturado y no han fortalecido</u>
	10	<u> esto, entonces allí hay una falla ok, entonces digamos que la</u>
	11	situación con el adulto mayor en este momento estructural
	12	esta grave, precisamente por la cantidad de adulto que están
	13	sin contención familiar , ósea que fueron personas que
	14	<u> dedicaron su vida a vivir ellos solos , sin apoyo de grupo</u>
	15	<u> familiar y llegan a un estado que no pueden valerse por sí</u>
	16	<u> mismo, viven en pensiones alquilados o viven con parejas</u>
	17	<u> más jóvenes, y los dejan aquí abandonados...</u>
INASS	18	<u> en lo que es la parte de estructura de centros geriátricos que</u>
	19	<u> puedan abordar o ingresar a estos pacientes y darles una</u>
	20	<u> mejor calidad de vida entre comillas , allí no se hizo nada,</u>
	21	<u> ósea yo siento que no se ha hecho nada que yo sepa.</u>
	22	I: de total eficacia ¿no?
	23	T.S.: no, porque tengo entendido que son los mismos centros,
	24	si han aperturados uno o dos centros fueron mucho; Por
	25	ejemplo no es posible que en Caracas exista un solo centro
	26	del INASS, uno solo... Con una población, ¿ustedes saben
	27	cómo es Caracas? La población y donde hay la mayoría de
	28	adulto mayor en estado de abandono, estoy casi segura de eso
	29	I: Totalmente.
Tercera falla	30	T.S.: si, entonces, en Caracas, en el Distrito Capital solo
	31	existe del INASS (señalando con el dedo índice indico que
	32	hay uno) Ojo <u>del INASS que es el ente rector un solo centro,</u>
	33	<u> el que está en Caricuao que se llama Dr. Rodolfo Quintero es</u>
	34	<u> el único centro, para Caracas y ese único Centro para Caracas</u>
	35	<u> es solamente para pacientes que no se valen por sí mismos</u>
	36	<u> que están encamados, porque el que puede los trasladan fuera</u>
	37	de los distintos centro s que hay en el país, pero que pasa si el
	38	paciente sale de un hospital ¿cómo sale el paciente? Que no
	39	puede valerse por sí mismo, muchas veces con ACV, con
	40	discapacidades, entonces la.. <u>Este, ehh, cuando nosotros</u>
	41	<u>referimos un caso la mayoría son para que estén</u>

Caso socio legal	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41	<p><u>Ingresados en Caricuao, y en Caricuao nunca, hay cupo...</u></p> <p><u>Entonces allí siento que hay una falla, entonces actualmente c</u></p> <p><u>siento que hay una situación con el adulto mayor en ese sentido en lo que es la ubicación en un centro darle un espacio de vivienda no lo hay, estamos grave.</u></p> <p>I: ok, ¿a partir de allí puede relatarnos como los trabajadores sociales abordan el abandono del adulto mayor en el hospital?</p> <p>T.S.: ya te digo, esta es la parte de intervención, nosotros <u>tenemos un pequeño protocolo o paso a seguir para estos casos, eh nosotros aquí en la coordinación de trabajo social tenemos dos áreas, el área asistencial que es de atención al individuo, y la área de docencia, entran ustedes, Servicio Comunitario, Labor Social, la área asistencial por supuesto digamos que es casi que el 80 % de nuestro trabajo dentro de la institución hospitalaria, actuamos en situaciones de riesgo ok, social, de exclusión, de vulnerabilidad y cuando hablamos de eso tenemos dos grupos, niños y adultos mayores, niños porque bueno tenemos niños en situación que tenemos que remitir a la LOPNA, y adultos mayores porque ya los consideramos un caso socio legal, entonces nosotros aquí al adulto mayor lo consideramos un caso socio legal, en donde debemos hacer una intervención un poco más allá por todas las características de este grupo y por todo lo que derivan que se quedan dentro de aquí, ya le comentamos que tenemos uno que tiene ya dos años y otros que tienen un año dentro de la institución, y volvemos a la parte de la pregunta la situación actual las autoridades competentes en esta materia no dan una respuesta positiva para eso, ok ¿Cómo llega el adulto mayor aquí al hospital? normalmente llega por supuesto por la entrada del hospital, por el área de emergencia, traído por los bomberos que lo consiguen por la calle tirado, por conocidos o vecinos o traídos por el mismo familiar ok, y cuando muchas veces lo trae el familiar viene con toda una historia de ellos o sencillamente van y compran un jugo y se van, así ocurrió con una abuelita fueron a comprar el jugo pero resulta que no eran familiares si no vecinos, sin embargo nos dejaron con el gran problema aquí, de irse, entonces traídos por bomberos, familiares, o conocidos o sencillamente la otra modalidad <u>ellos vienen por</u></u></p>
No ha respuestas		
Como llega el adulto mayor al hospital		
Paso n°1 Atención médica		

1	<u>sus propios pies se mantienen días durmiendo en la rampa, en</u>
2	<u>las áreas de alrededor o se sienten mal porque no han comido</u>
3	<u>o recibieron un golpe o algo así hay que recogerlo alrededor</u>
4	<u>de la puerta de emergencia o en la rampa de emergencia,</u>
5	<u>entonces esas son las modalidades de como ingresa aquí el</u>
6	<u>adulto mayor,</u> cuando el adulto mayor ingresa aquí
7	seguidamente llaman al trabajador social, ¿Por qué? Porque
8	el paciente viene aquí primero de higiene terrible, no para que
9	nosotros los bañemos porque eso no entra dentro de nuestras
10	funciones pero cuando el caso llega aquí inmediatamente
11	llaman al equipo, para que bueno revisen un poco de donde
12	vienen con quien vienen y <u>comienza la pelea por parte de</u>
13	<u>nosotros para que lo puedan evaluar y lo puedan ingresar,</u>
14	<u>porque no quieren evaluarlo, si no se hace la pelea aquí se</u>
15	<u>busca al director, se busca al subdirector.</u>
16	I: ¿Por qué? ¿Por qué no hay capacidad o no quieren?
17	T.S.: no les gusta los casos sociales, unos porque tenemos
18	experiencia de que tenemos estos casos, sino porque se van a
19	quedar, si no hay insumos, pero realmente algunas veces allí
20	digo que el equipo médico no se ubica que está en un centro
21	asistencial publico pero eso ha sido la pelea, o porque vienen
22	muy sucio, X o Y, nos ocurrió la semana pasada, para que
23	vean un poco como es el proceso , no desviándome, un
24	paciente tenia días en la rampa del hospital acostado y paso
25	médico, enfermera , seguridad , y el paciente estaba allí
26	acostado llamaron con escándalo al trabajador social,
27	pregunto le digo a ustedes que esta fuera del entorno, si usted
28	es médico, si usted es enfermera, si usted es el miliciano,
29	usted es el de la seguridad y está haciendo su guardia y ve a
30	un adulto mayor en estado de indigencia acostado allí, usted
31	va esperar que llegue el trabajador social para meterlo o
32	hablar con el médico, entonces eso es lo que se está viviendo
33	también que no hay una articulación y no hay una ubicación
34	del equipo de salud, tanto la atención no hay un protocolo,
35	nosotros tenemos un protocolo, dentro de la intuiciones no
36	hay un protocolo para atender adulto mayor, ósea en una
37	institución pública, tú no te puedes negar a darle la atención,
38	venga sucio o venga con sed, bueno mándelo a bañar, ¿Qué
39	se va a convertir en un problema? Es posible pero no le
40	podemos negar la atención ok.
41	I: totalmente.

Paso n°2 Apertura del caso	1 2 3 4 5 6	<p>T.S.: entonces sucede eso, el caso paso desde la semana pasada el paciente estaba desde el viernes, el lunes fue reportado el martes fue que pudo ser evaluado tiene una infección respiratoria baja 82 años, con problemas de demencia senil, nadie lo quería ingresar a los servicios de medicina...</p>
Categorías de pacientes	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21	<p>I: me imagino que ya están curados de ver tantos casos graves.</p> <p>T.S.: los servicios de medicina, cirugía, lo atiendes tú, lo hospitalizas tú, se formó el lio se tuvo que llamar a jefe de emergencia al subdirector para que ingresaran al paciente y resulta que cuando logramos localizar la familia tenía 6 meses extraviado, entonces fíjese más allá de que los organismos no dan la respuesta también en las instituciones públicas hay problemas para que los atiendan, entonces <u>una vez llegado el paciente se hace la apertura, si el paciente está, porque podemos tener una persona que es traído por los bomberos, los bomberos no te dicen, lo dejaron y se fueron, no se sabe dónde lo recogieron, porque cuando te dicen lo recogieron en la Plaza Miranda o en San Agustín uno puede hacer una revisión y se toma la foto y se pregunta mira usted</u></p>
Paso n°3 hulle dactilar	22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41	<p><u>conoce, y dicen mira si es el que vende la frutas o algunas veces no tenemos algún tipo de.</u></p> <p>I: ¿no facilitan?</p> <p>T.S.: no, <u>entonces tenemos categorías de pacientes solos y pacientes con conocidos, paciente con documentos de pacientes sin documentos y pacientes inconscientes que allí es cuando se nos pone crítico cuando llega un paciente adulto mayor llega en esas condiciones inconscientes y sin algún tipo de documentos se nos complica, ¿qué hacer cuando un paciente no tiene documento? Inmediatamente solicitar al SAIME, una reseña dactilar o de dactiloscopia ok, y tomar sus huellas y luego ella nos da un reporte, ellos revisan en su data y allí ellos nos pueden dar un reporte del paciente ok, algunas veces ni aparecen, ¿por qué? Porque muchas veces por la edad vamos perdiendo, esto se llama pulpo, creo que le llaman ellos no recuerdo, pulpejo, se van borrando las líneas, otros porque aunque no lo crea son casos que nunca sacaron cedula, y si no sacas cedula no estás registrado aunque tengas tu partida de nacimiento, otros casos que nunca fueron presentados, entonces se hace la reseña dactilar</u></p> <p style="text-align: right;">Pág. 11</p>

Paso n° 3	1	<u>que es lo importante ¿Por qué?</u> , porque el paciente está en
	2	condiciones críticas y puede ser un paciente que se complique
	3	y fallezca y ese sin saber quién es nosotros que tenemos que
	4	hacer todo un trámite para poder identificar y luego poder,
	5	este, hacerle los tramites de sepultura, que de hecho lo
	6	hacemos nosotros , un trabajo que no nos gusta mucho pero
	7	bueno lamentablemente hay un manual con una norma del
	8	ministerio de salud que indica que cuando el paciente no
	9	tiene ningún tipo de familia o no es reclamado dentro de un
	10	cierto tiempo , el trabajador social debe encargarse de su
Paso n° 4 localizar vivienda	11	sepultura, hasta inclusive ver en que fosa lo están metiendo,
	12	esa es la parte del trabajador social hospitalario como ocurre
	13	mucho afortunadamente, el adulto mayor que tuvimos la
	14	semana pasada que falleció tiene vecino, claro se le hace el
	15	mismo proceso de orientación, si no lo hay bueno lo hacemos
Paso n°5 busca de familiares + Radios	16	nosotros. ok, <u>entonces primero identificación del paciente, si</u>
	17	<u>aporta documento de identidad en el caso de no poseerlo se</u>
	18	<u>solicita dactiloscopia al SAIME, mediante oficio ellos vienen</u>
	19	<u>inclusive inmediatamente el mismo día y luego se retira el</u>
	20	<u>resultado que nos permite saber quién es la persona, si se</u>
	21	obtiene datos del paciente, si el paciente te dice me llamo
	22	fulanito de tal número de cedula , pero no sabes donde vive,
	23	entonces bueno, tenemos la maravilla de la tecnología <u>nos</u>
+ Periódicos	24	<u>metemos por internet comenzamos a buscar la data del CNE</u>
	25	<u>, del seguro social, por la página del INASS o sencillamente</u>
	26	<u>por datea, una página que se llama datea que localiza una</u>
	27	<u>data de los venezolanos que tú puedes buscar un poco y allí te</u>
	28	<u>aparece, este sobre todo el centro de votación y te puede</u>
	29	<u>orientar donde quizás vivía la persona , entonces localizamos</u>
+ Facebook	30	<u>a la persona por internet, las redes sociales a manera de</u>
	31	verificar la información. <u>Localizamos familiares ¿a través de</u>
	32	qué? , bueno de las emisoras aunque mucha gente ahorita ni
	33	escucha la radio pero igual lo hacemos y nos ha resultado,
	34	sobre todo en el interior del país que se escucha, <u>hacemos</u>
	35	<u>llamados radiales por la diferentes emisoras, bien sea si el</u>
+ Visitas a domicilio	36	paciente dice que es de aquí o es del interior, tenemos
	37	<u>también un recurso importante que es el periódico ultimas</u>
	38	<u>noticias, este periódico tiene una sección que se llama la voz</u>
	39	<u>del lector y allí se hace denuncias pero también nosotros</u>
	40	<u>vemos la localización de la familia ¿de qué manera? Le</u>
	41	<u>tomamos una fotografía a la persona, se notifica</u>

<p>+ Historia de vida</p> <p>Extranjeros</p> <p>+contacto con la embajada</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p> <p>25</p> <p>26</p> <p>27</p> <p>28</p> <p>29</p> <p>30</p> <p>31</p> <p>32</p> <p>33</p> <p>34</p> <p>35</p> <p>36</p> <p>37</p> <p>38</p> <p>39</p> <p>40</p> <p>41</p>	<p><u>telefónicamente y por la página de internet de ultimas</u></p> <p><u>noticias en la voz del lector se manda todo un resumen del</u></p> <p><u>caso y la fotografía y ellos la publican en la prensa y así</u></p> <p>hemos localizado familias, ya sea adulto mayor o no sobre</p> <p>todo eso nos pasa en la parte de terapia, <u>o inclusive por los</u></p> <p><u>Facebook, si nos dan un apellido que no es común uno busca</u></p> <p><u>y se ha localizado la familia</u>, así entonces el uso de las redes</p> <p>sociales y tecnología es importante para esto ok, <u>si en tales</u></p> <p><u>casos tenemos una dirección el paciente viene de una pensión</u></p> <p><u>o dice que tiene una casa o el vecino dice que vive en tal</u> ,</p> <p>entonces hacemos lo que llamamos la investigación al medio</p> <p>intimo familiar y el contexto social ¿a través de qué? De la</p> <p><u>visita domiciliaria</u>, como una de las técnicas del trabajo</p> <p>social, como hicimos ese día de visitar al abuelo eso es una</p> <p>visita domiciliaria, la revisión se toma la fotografía y</p> <p>levantamos un informe de esa visita que nos da un poco de</p> <p>conocimiento, primero <u>¿dónde vive el paciente?</u> , <u>¿Cómo</u></p> <p><u>vive el paciente?</u> <u>¿Cuáles son sus hábitos?</u> <u>¿Y sus relaciones</u></p> <p><u>con la comunidad?</u> y en qué contexto esta.</p> <p>Cuando se ha hecho ya este proceso de revisión y sabe quién</p> <p>es la persona y si hemos podido localizar los familiares, allí</p> <p><u>viene lo que llamamos la historia de vida de cada uno de los</u></p> <p><u>pacientes</u> entonces hemos tenido muchos casos que son</p> <p>extranjeros que se vinieron de esos países, cuando yo digo</p> <p><u>extranjeros me refiero Colombia, República Dominicana,</u></p> <p><u>Espanoles muchos, Portugueses muchos, sobre todo</u></p> <p><u>Portugueses y Espanoles y últimamente Colombianos,</u></p> <p>personas que se vinieron hace muchos años y casi que</p> <p>rompieron vínculo familiares en su país natal y aquí no</p> <p>formaron tampoco, no tienen ningún tipo de hogar y Vivian</p> <p>en pensiones pero ya no tienen la capacidad de trabajar les</p> <p>dio un ACV o son personas con problemas de alcoholismos</p> <p>muchos , beben mucho y ya no tienen la capacidad, ingresan</p> <p>aquí y cuando quieren retornarlos a la pensión no puedes,</p> <p>porque ellos dicen bueno no me va a pagar están enfermos,</p> <p>ya yo no lo acepto y se queda aquí en el hospital, <u>cuando son</u></p> <p><u>paciente extranjeros se hace un contacto con las embajadas o</u></p> <p><u>los consulados</u>, España hasta no hace mucho era el único que</p> <p>tiene una excelente respuesta, porque ustedes saben que</p> <p>España aun cuando están en crisis, no sé cómo estará ahorita</p> <p>eso fue hace dos años, tuvimos un Español, ellos tienen una,</p> <p style="text-align: right;">Pág.13</p>
---	--	---

<p>Población de adulto mayor</p>	<p>1 Como se dice un gran beneficio un sistema de protección del 2 adulto mayor ok. Entonces ellos tienen un trabajador social 3 que inmediatamente viene evalúa el caso aquí en sala , se 4 comunica según los datos del si tiene pasaporte, revisa si 5 tiene familiares allá si tiene alguna familia que en tales caso 6 se decida a trasladar al paciente pueda recibirlo, si tiene un 7 grupo familiar , entonces ellos hacen una investigación a 8 nivel de su país natal y lo revisan aquí, en tales casos si no 9 hay alguien allá que lo pueda recibir, y si el señor no tiene 10 nadie aquí que lo pueda también recibir o atender o apoyar 11 una vez dada de alta médica <u>ellos tienen algunos centros que</u> 12 <u>lo ingresan.</u> 13 I: ¿y se ha trasladado algún paciente hacia España que este 14 aquí en Venezuela? 15 T.S: No 16 I: No se ha dado el caso 17 T.S.: No, no se ha trasladado, Dominicana y Colombia, eso 18 sí, Dominicana y Colombia en una oportunidad mediante 19 consulado, se logró trasladar porque se ubicó familiares allá 20 que pudieran recibirlo. 21 T.S.: porque alguna veces uno dice, bueno pero llama al 22 consulado y que se lo lleven del país, pero si no hay un grupo 23 familiar que lo apoye el otro lado no se lo va a llevar porque 24 eso va a ser un problema 25 I: claro 26 T.S.: ok, el problema queda entonces aquí, entonces bueno 27 por la parte de España tenemos muy buena respuesta ellos 28 buscan el geriátrico y el apoyo, en ese sentido, con los 29 consulados latinos, pasamos trabajo nunca tienen dinero, sin 30 embargo nos han apoyado una vez en Brasil otro en 31 República Dominicana, el último fue en república 32 dominicana se llevaron una abuela de aquí, vino hasta el 33 mismo cónsul hacer la revisión del caso. 34 I: muy bueno en verdad, 35 T.S.: hizo la visita, otro personal llevo al adulto mayor a 36 cobrar su pensión, no sé qué, y a los dos días se lo llevaron, 37 con pasaje de avión y todo, entonces eso es cuando es 38 Extranjero, cuando es Venezolano se hace toda la revisión 39 igual si se consigue familiares, nos conseguimos <u>con historia</u> 40 <u>de vida, que la mayoría de la población del adulto mayor es</u> 41 <u>masculino, en estado de abandono o estado de indigencia</u></p>
----------------------------------	---

1	<u>Masculino, femenino es poco, las hemos tenido pero el mayor</u>
2	<u>porcentaje es masculino.</u>
3	I: ¿y eso por qué será?
4	T.S.: ¿cómo mujer, quien abandona primero el hogar? Cuál
5	es la visión de la familia, pregunto ¿qué tipo de familia es la
6	Venezolana?
7	I.: matricentrada
8	T.S.: matriarcal, ¿quién es el que cría pone normas y eso? La
9	madre nosotros somos una familia Matricentral, la familia
10	Venezolana, no sé si la latina pero la de Venezuela es una
11	familia matricentral, ósea el eje es la madre, ¿Cuántas madres
12	son madres y padres? ¿Crían a sus hijos? ok, porque quien se
13	va es el hombre por X por infidelidad, porque la mujer se
14	enfermó, a ver no soy feminista, pero es la realidad y los
15	estudios no nos vamos a ir a, este no estoy justificando que
16	ustedes sean los malos de la película pero eso es la historia de
17	la familia Venezolana ok?, entonces que pasa las mujeres
18	también nos cuidamos más, nos conservamos más, tratamos
19	de estar dentro de nuestro núcleo familiar ok? El hombre no,
20	el hombre cuando parte de casa es por su cuenta, no se cuida,
21	porque te digo aquí la mayoría que viene sean adultos o
22	adultos mayores, la población que más se enferma es el
23	hombre, precisamente por no cuidarse en cuanto lo que es la
24	parte de la convivencia o su rol dentro de la familia, pueden
25	tener uno , cuatro o cinco hijos y van y forman otra pareja, o
26	sencillamente no se encargaron de los hijos y se van a vivir
27	su vida solos, porque no les gusta las normas y la mayoría
28	vive que si en apartamento alquilados en casa invadidas o
29	pensiones, la mayoría son de pensiones entonces no crearon
30	un vínculo familiar si tuvieron hijos, o nunca se casaron o
31	como el caso de Luis, ¿qué fue lo que le dije de Luis?
32	I: pegado a la madre, sobre protección y eso pasa.
33	T.S.: muchos casos, muchos casos de sobre protección de la
34	madre. Ósea el niño quedo aquí, no lo deje crecer, yo me
35	muero ya es un adulto mayor y entonces no sirve, es feo
36	decirlo pero realmente no funciona, no sirve, por eso es que
37	la mayoría son hombres, que abandonan el hogar o no
38	hicieron una estabilidad o no han mantenido relaciones con
39	sus hijos, tuvimos un caso muy particular que se llamaba
40	Pájaro, cuando hicimos la investigación... 10 Hijos pero
41	nunca los crio, nunca se ocupó de ellos... 10 hijos... Médico,

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41	<p>Abogado, periodista, nosotros llevamos el caso hasta defensoría y salimos con las tablas en la cabeza, ¿Por qué? Porque defensoría dijo que no, que porque se tenía que obligar a ellos si él nunca se había ocupado de ellos. Yo no estoy de acuerdo con eso , yo no sé cuál es su opinión, independientemente yo sé que pudiera ser una carga, pero has algo por él, no digo que te lo lleves a tu casa pero ayúdanos al proceso de ingresarlo en algún centro geriátrico, y lamentablemente eso no se ha podido tengo entendido y quiero que lo busquen, tendría que preguntarle a la gente del INASS para que lo incluyan, hay una propuesta en la asamblea nacional, tiene que incluirlo</p> <p>I: ¿actualmente?</p> <p>T.S.: actualmente, yo voy a llamar a una de la del INASS para que me diga, ellos lo tenían en un artículo del periódico del año pasado para que lo busquen, hay una propuesta, que se haga una ley, resolución, decreto , no sé cuál es la vía, de que la familia se haga responsable del adulto mayor, y eso es necesario, porque es algo así, como que bueno si, fue mi abuelo es adulto pero</p> <p>I.: como que sea obligada la familia y que sea amparada</p> <p>T.S.: la responsabilidad es compartida, lo que llamo en termino de corresponsabilidad, porque si yo en la familia tengo mi hogar, tengo mi esposo, tengo mis hijos, verdad, lo que es la manutención de mis hijos es una corresponsabilidad con mi esposo lo que son los deberes de la casa es la corresponsabilidad con mis hijos y con mi esposo porque es el núcleo familiar, verdad?, si yo tengo un adulto mayor y mi situación económica, social o cultural no me permite tenerlo en el hogar, ¿yo tengo que compartir esa corresponsabilidad con quién? Con el estado con las instituciones, pero yo no puedo dejarle a las instituciones toda la carga y es lo que está pasando entonces hay esa propuesta desde el año pasado en la asamblea, supuestamente en la asamblea porque eso me lo dijo el asesor legal del INASS en aquel momento, de, que se haga una ley y que se obligue, nosotros hemos ido a todas las instancias, porque aquí nos dicen bueno pero es que hay una ley hay un procedimiento, pero un procedimiento que es un juicio para que yo pueda obligarte a ti a que te hagas cargo de tu familia, tengo que llevarlo a fiscalía, luego eso pasa por tribunales,</p>
---	--

Visita a domicilio	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27	<p>entonces dígame ustedes</p> <p>I: cuando den el veredicto ya no hay más anciano</p> <p>T.S.: exactamente, que exista un artículo o una ley que obligue no la hay, pero si se está en ese proceso, precisamente por esa problemática que hay ok.</p> <p>I: aja, una vez que adulto mayor está en el hospital ¿cómo manejan el entorno social y cultural de los adultos mayores?</p> <p>T.S.: ¿en qué sentido? Bueno creo que te lo dije.</p> <p>I: ¿en qué momento me lo dijo?</p> <p>T.S.: entre todo, ósea la intervención.</p> <p>I: ok, ¿y cultural? eso puede ser social pero cultural?</p> <p>T.S.: ¿cultural en qué sentido?</p> <p>I: ósea ¿aquí no hay algo recreativo estando ellos aquí?</p> <p>T.S.: no, se maneja nada de eso.</p> <p>I: ¿no se maneja nada de eso?</p> <p>T.S.: acuérdate que somos una institución de salud, enfóquense en salud, ósea cuando tenemos el adulto mayor aquí lo primero es compensar su estado de salud, ok, a la par de que el equipo médico está compensando su estado de salud la parte del área social está tratando de hacer lo que es la ubicación de la familia, la localización de familia y la posible incorporación o ingreso de este paciente si no tenemos ningún apoyo en un centro geriátrico ok. La parte recreativa nosotros no la manejamos ósea.</p> <p>I: mientras que el adulto mayor está aquí hospitalizado,</p> <p>T.S.: (interrumpe) está en una sala a expensa de...</p> <p>I: hay dios mío...</p> <p>T.S.: (interrumpe) si, es así , lamentablemente es así y allí es donde vamos a una de la preguntas en las que ustedes dicen cuáles son las consecuencias, y ustedes lo vieron en Joaquín si (un adulto mayor recluido en el hospital Vargas previamente entrevistado) Joaquín está en un proceso de depresión desde el año pasado, y ese mismo estado que él tiene es por qué bueno, se siente solo, desde que la persona que lo apoyaba , lo dejo, se fue , el cayo en ese estado, porque el caminaba y todo.</p>
Paso n ° 5 construcción del expediente social	28 29 30 31 32 33	<p>I: imagínate tener un año, una persona allí en un cuarto...</p> <p>T.S.: él tiene un año el problema es que él no se para de la cama, también depende de, para, disculpa sé que me disperso, ok bueno, ya les dije la investigación el medio intimo</p>
Paso n°6 referir al paciente + llamadas telefonicas	34 35 36 37	<p>I: imagínate tener un año, una persona allí en un cuarto...</p> <p>T.S.: él tiene un año el problema es que él no se para de la cama, también depende de, para, disculpa sé que me disperso, ok bueno, ya les dije la investigación el medio intimo</p>
Apoyo social	38 39 40 41	<p>I: imagínate tener un año, una persona allí en un cuarto...</p> <p>T.S.: él tiene un año el problema es que él no se para de la cama, también depende de, para, disculpa sé que me disperso, ok bueno, ya les dije la investigación el medio intimo</p> <p><u>familiar, verificamos la existencia de familiares y amigos ,</u></p> <p style="text-align: right;">Pág. 17</p>

<p>Autoridades competentes</p>	<p>1 <u>verificamos las condiciones de la residencia anterior con la</u> 2 <u>visita domiciliaria, valoramos el bienestar integral del</u> 3 <u>paciente es decir su condición física nosotros si hacemos toda</u> 4 <u>la investigación y no tenemos ningún grupo de apoyo para</u> 5 <u>que regrese bien sea la pensión, a la vivienda porque hay</u> 6 <u>veces que un adulto tiene casa propia, apartamento propio,</u> 7 <u>pero no tienen a nadie, entonces aun cuando tenga su</u> 8 <u>vivienda no lo podemos regresar, ¿ quién los va a cuidar?,</u> 9 una vez ya hecha, cerrada nuestra investigación se decide 10 que adulto mayor tiene que ingresar a un centro como 11 institución tomamos la decisión que debe ingresar a un centro 12 entonces allí comienza el otro proceso, entonces debemos 13 <u>construir un buen expediente social cuando digo un</u> 14 <u>expediente social</u>, la información que hemos recabado del 15 entorno social del paciente, de toda la investigación, y <u>hacer</u> 16 <u>la remisión a los entes competentes</u>, entonces comienza las 17 <u>llamadas telefónicas las visitas a las diferentes instituciones</u> 18 <u>que nos pueden ayudar en función de eso, eso en cuanto a la</u> 19 <u>parte del caso de Casa Hogar</u>, si hay algo que no les 20 menciones y es que <u>mientras ellos están aquí trabajo social</u> 21 <u>tiene que: garantizarle articulo para su higiene ósea</u> 22 <u>hablamos, sabanas, paños , hay muchos que no controlan</u> 23 <u>esfínteres y deben hacer uso de pañales, ok, articulo de</u> 24 <u>higiene de cómo está la situación la cosa se pone cada día</u> 25 <u>más crítica, todos los estudios que requiere el paciente que no</u> 26 <u>lo hacen en el hospital, lo tiene que canalizar el trabajo social,</u> 27 <u>estudios para clínicos.</u> 28 I: ¿y si se logra eso? 29 T.S.: a medias, por el sistema de salud que tenemos ahorita 30 se consigue a medias, pero a la medida de la posibilidad 31 todos los requerimientos médicos- sociales del paciente 32 adulto mayor que no tiene apoyo familiar lo hace el 33 trabajador social, si hay conocidos o familiares, se hacen en 34 conjunto, porque algunas veces tienen familia, pero bueno, se 35 rescata la familia y ellos dicen si yo te voy apoyar para 36 ingresarlo en un centro no lo voy a dejar abandonado, se hace 37 el trabajo y el proceso en el familiar, bien se hace todo, 38 cuando no hay apoyo familiar lo hace únicamente el 39 trabajador social. Ok... ¿Cuáles son las instituciones que 40 <u>tienen competencia? El INASS, el Seguro Social, Gobierno</u> 41 <u>del Distrito Capital y en un momento lo tuvo la misión Negra</u></p>
--------------------------------	--

+Seguro Social	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22	<p><u>Hipólita</u>, ahora la misión negra Hipólita fue creada para paciente en situación de calle pero adulto no adulto mayor, joven con problemas de alcohol o drogadicción ok, sin embargo en un momento dado ellos asumieron adultos mayores, ¿dónde tenían estos adultos mayores? Conocen el terminal de oriente, allí, el centro que está allí que se llama Madre Matea, ellos incluyeron allí una gran cantidad de Adultos Mayores, incluso hacían operativos y se lo llevaban y nosotros aun sabiendo que no están en las condiciones de adultos mayores, ingresamos algunos, el año pasado o el año antepasado hubo una revisión del INASS de Caricuao y de la función realmente de la Negra Hipólita y todo esos adultos mayores que estaba en Negra Hipólita los enviaron a Caricuao, entonces ya, ellos pueden aceptar 1 o 2 pero no tienen o su misión no es esa ok, entonces contamos con el INASS, El seguro Social y la Gobernación del Distrito Capital. Ustedes colocaron allí no se verifiquen bien si tienen 38 centros Geriátricos, el único que está aquí ya les dije, tiene uno en estado Vargas, no recuerdo el nombre pero es para personas con problemas psiquiátricos que es del INASS, que está en el Estado Vargas y el resto está en los distintos Estados.</p>
Seguro Social	23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35	<p>I: yo tengo eso y te lo voy a enviar T.S.: Apure, Portuguesa, yo tuve la oportunidad de ir y trasladar un paciente a Acarigua, en Portuguesa hay 2, eh, aja el INASS, el Seguro Social tiene casas sociales, residenciales, aquello que nosotros le llamamos casas de reposo habría que buscar bien cuál es la denominación, nosotros la manejamos como casas de reposo pero son casas, centro residenciales, que no solo aceptan adultos mayores, si no también adultos normales que no tengan hogar, ¿qué pasa con el Seguro Social ? <u>el Seguro Social es únicamente para la persona que cotiza y tiene seguro, pero de un tiempo para acá hicieron una apertura y hacen lo que llaman cortesía, ¿cuál es la cortesía?</u> Estos paciente que nunca cotizaron pero</p>
+Crisis actual	36 37 38 39 40 41	<p><u>mediante un informe social ellos lo pueden ingresar en estos centros, y ellos hasta el año pasado nos ayudaron con muchos casos, porque es más rápido el Seguro Social o el ingreso de un adulto mayor en el seguro social que en el INASS, en el INASS ya tenemos ahorita uno que se llevó tiene 4 meses, que el caso está en presidencia esperando por aprobación , los</u></p>
+ casa de gobierno de Distrito Capital		<p style="text-align: right;">Pág. 19</p>

Opinión	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19	<u>requisitos son Informe médico, Informe social, Informe psiquiátrico, Exámenes de laboratorio: hematología completa, HIV, VDRL, orina, heces, Rayos X de Toràx Informado y Copia de cedula de identidad o en su defecto Dactiloscopia emitida por el SAIME, en el INASS en cambio en el seguro social, tarda lo que tardaba el seguro social en que, el seguro social que está aquí abajo el hospital José Gregorio nos hace los formatos especiales para eso llevarlo a la dirección de clínica el familiar llevaba al paciente, le asignaban 3 casas de reposo y uno de ellos lo aceptaba, que sucede ahorita que es lo que les dije que buscara por la prensa, por artículos que esta casas están ahorita en crisis, ok , porque el Estado les tiene que dar dinero, presupuesto por cada paciente, ¿para qué? Para alimentación y para artículos de higiene y todo eso, porque muchos de estos caso que son llevados por el familiar, porque el que tiene que llevar todo es el familiar, nosotros no podemos, este , lo abandonan, entonces la institución tiene que asumir todo el costo y el gasto de este paciente, el seguro o el Estado no le ha pagado a estos centros y entonces están ahorita en esta crisis que si el Estado no los ayuda ellos van a sacar todos estos adultos o adultos mayores a la calle, entonces eso sería un gran problema; casa de Gobierno de Distrito Capital o Gobierno Distrito Capital tiene 3 o 4 ellos aperturaron una casa nueva un Centro Geriátrico , nos e si habrán escuchado la casa del seguro social la llaman , el Conde, Casa Luis Ordaz, están son del Distrito Capital, lo que llamaban la alcaldía mayor que es ahora Distrito Capital ok, son del Estado y ellos tiene unos centros también para inclusión de adultos mayores y adultos con problemas de alcoholismo que es la casa Luis Ordaz, que pasa con ellos? La respuesta ha sido nula, ellos te vienen y evalúan el caso, mandan un Trabajador Social y evalúan el caso y luego te mandan una carta elegantemente diciendo que el paciente no está apto, y yo pregunto ¿cuál es ese criterio? Que significa no estar apto, ¿tiene que estar bien? ¿Cómo tiene que estar? Porque si yo estoy bien no tengo necesidad de ir a un centro de esos.</u>
Requisitos	20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35	<u>es la casa Luis Ordaz, que pasa con ellos? La respuesta ha sido nula, ellos te vienen y evalúan el caso, mandan un Trabajador Social y evalúan el caso y luego te mandan una carta elegantemente diciendo que el paciente no está apto, y yo pregunto ¿cuál es ese criterio? Que significa no estar apto, ¿tiene que estar bien? ¿Cómo tiene que estar? Porque si yo estoy bien no tengo necesidad de ir a un centro de esos.</u>
Factores de riesgos	36 37 38 39 40 41	<u>¿tiene que estar bien? ¿Cómo tiene que estar? Porque si yo estoy bien no tengo necesidad de ir a un centro de esos.</u> I: claro T.S.: bueno esa es la respuesta, ehh por ultimo tenemos otras instancias, que son las casa religiosas ok? Esas ONG que un tiempo dado el Estado las ayudo, el Ministerio de Comuna y

<p>+enfermedades</p> <p>+Psicológicos</p> <p>Hospital</p> <p>+Psicologicos</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p> <p>25</p> <p>26</p> <p>27</p> <p>28</p> <p>29</p> <p>30</p> <p>31</p> <p>32</p> <p>33</p> <p>34</p> <p>35</p> <p>36</p> <p>37</p> <p>38</p> <p>39</p> <p>40</p> <p>41</p>	<p>Ya dejo de hacerlo, de estas casa religiosas hay muchas, y aquí y en Guarenas pero que en estos momentos ellos dicen que no aceptan adultos mayores porque no tienen las condiciones, no tienen un personal médico que los atiendan y aparte de eso, no nos están aceptando ningún tipo de paciente por el problema de alimentación, no tienen mucha comida, si no para los que tienen ingresado, entonces eso es la remisión a la casa hogar, <u>¿qué requisito piden estas Instituciones? Por supuesto un informe médico con su plan de tratamiento una vez de alta, su informe social, su informe psiquiátrico sus exámenes de laboratorio VIH ,URL, rallo X de tórax y los documentos de identidad del paciente, ¿qué otra cosa?</u></p> <p>I: ya estamos cerrando un poco de como aborda el trabajador social...</p> <p>T.S.: este de todas maneras igual yo le voy a dar una copia de esto(copia de la entrevista escrita) para que ustedes puedan, porque yo hablo de adelanta para atrás y de atrás hacia adelante, entonces esto es un poco en generalidad como se hace</p> <p>I: Otra pregunta que tengo por acá ¿cómo puede describirme cuales considera usted que son los riesgo que corre el adulto mayor en estado de abandono una vez que es dado de alta hasta que es ubicado en una institución geriátrica?</p> <p>T.S.: <u>digamos riesgo, consecuencia, eh de una permanencia indefinida, fíjate el paciente ingresa compensado se le hace una investigación social, se lleva a las instituciones, hay un compás de espera de 2 a 3 meses a que nos dé respuesta el INASS, como es el caso de los 3 casos que tenemos vamos a todas las instituciones que es la defensoría del pueblo, eh, Miraflores hemos tocado todas las puertas, que sucede en todo este tiempo, si el paciente es adulto mayor y está en el área de medicina que es un área, ustedes se dieron cuenta ese día donde hay diferentes enfermedades y <u>enfermedades trasmisibles y no trasmisibles bacterias X , Y ok, el adulto mayor según su contextura , según la enfermedad que tenga de base puede contraer el riesgo uno de contraer una infección hospitalaria ok, cuando hablamos de una infección hospitalaria , al mayoría son a nivel de los pulmones, infección respiratoria, neumonía, por su permanencia si es hipertenso puede darle un ACV , varios riesgos a nivel médico que complicaría el estado de salud de</u></u></p> <p style="text-align: right;">Pág. 21</p>
--	--	--

Dificulta el ingreso	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21	<p><u>este paciente adulto mayor, que ya está compensado eso por la parte de salud física, que pasa con el estado emocional que es importantísimo</u></p> <p>I.: El estado de ánimo esa es la siguiente pregunta</p> <p>T.S.: <u>exactamente cuál es el estado emocional del paciente, que sucede con esto, con el paciente, pues el paciente al no tener ningún tipo de apoyo , si tenía conocido con el tiempo ya se cansan dice esa no es mi responsabilidad y van disminuyendo el apoyo que puedan dar ok, ya se convierte en una carga para el Hospital, en una carga para la sala para el personal de enfermería incluso va a depender de que equipo este en las diferentes salas que puedan tener el apoyo en cuanto a la higiene, ustedes se dieron cuenta de Joaquín (paciente adulto mayor)como estaban las condiciones y eso tiene que ver con el personal de enfermería nosotros no , como trabajadores sociales no tenemos la función de bañar un paciente, por favor no lo hacemos, en la alimentación que pasa si no les das comida en el caso de Joaquín que no se vale por sí mismo ¿si no le das la alimentación que pasa? Se va desnutriendo o convierte en un paciente desnutrido no tiene ánimo.</u></p>
Carga para la institución	22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41	<p>I.: ¿tiene problemas de desnutrición?</p> <p>T.S.: si, proteico calórica, entonces si no hay personal, porque cuando tienes tanto tiempo el personal se cansa y <u>se vuelve el paciente una carga, muchas veces ni lo veo, y si lo veo lo limpio, ok se convierte en una carga para el personal, lo deprime, lo aísla entonces ¿qué pasa? va involucionando en vez de evolucionar</u></p>
Posible solución		<p>¿Qué pasa? <u>El paciente se postra en la cama y ya no quiere caminar algunas veces llega un momento que ya ni habla,</u> tenemos el caso de Miguel Suarez (paciente adulto mayor)que él hablaba, tenía sus problemas porque tenía problema de alcohol x o y y golpes que se dan las personas, <u>el más o menos te da información, Miguel no habla, Miguel medio caminaba con su fractura ahora no camina, entonces se va postrando dentro de su cama dentro de su cama tanto a nivel físico como a nivel emocional, ¿qué sucede con eso?</u></p> <p>Bueno que para nosotros es un gran impedimento para poder reubicarlo, ¿por qué? Porque <u>la mayoría de las instituciones vienen a evaluar el caso y cuando ven esas condiciones ellos dicen no podemos llevarnos ese paciente así. porque</u></p> <p style="text-align: right;">Pág. 22</p>

<p>INASS opinión</p>	<p>1 <u>no contamos con personal de salud porque tenemos poco</u> 2 <u>personal en los centros</u> , entonces esas son quizás las 3 mayores consecuencias este, a nivel físico, a nivel de salud y 4 a nivel emocional y la tercera, es que <u>se convierte en una</u> 5 <u>carga para la institución que entre sus funciones no está ser</u> 6 <u>un centro geriátrico ni mantener un paciente más allá de lo</u> 7 <u>que requiera su estado de salud, entonces eso es una carga a</u> 8 <u>nivel inclusive presupuestario porque ocupa una cama ,</u> 9 <u>ocupa una alimentación, ocupa que hay que hacer todos los</u> 10 <u>días exámenes de laboratorio entonces en la parte económica</u> 11 <u>también priva y en la parte se insumos también ok, y ocupa</u> 12 <u>una cama que le puede servir a otro, sobre todo en las áreas</u> 13 <u>de cirugía que son áreas que se movilizan porque operan,</u> 14 <u>ingresan, operan, ingresan,</u> entonces que deberían estos 3 15 aspectos básicos para llegar a eso. 16 I: Debería llegar aquí el adulto mayor y no haber tanta 17 cuestión burocrática si no ubicarlo rápido. 18 T.S.: <u>debería haber un sistema, una articulación entre las</u> 19 <u>instituciones que tienen estos centros con los hospitales que</u> 20 <u>reciben, y hacer un mecanismo por internet, reportando,</u> 21 <u>llegando el caso , así como hacíamos con Negra Hipólita con</u> 22 <u>casos en situación de calle, no adultos mayores, se envía un</u> 23 <u>correo se les manda un resumen , se llama al 800 Negra</u> 24 <u>Hipólita y mira tenemos tatata ellos ya reportan el caso se</u> 25 <u>manda un cómo se llama un el correo con un resumen, viene</u> 26 <u>el personal hace la evaluación, así funcionaba negra Hipólita,</u> 27 <u>hace la evaluación del caso , nosotros damos informe social</u> 28 <u>todo lo que ellos nos piden informe médico ellos levantan su</u> 29 <u>informe, cuando el paciente estaba totalmente listo de alta,</u> 30 <u>ellos venían a buscarlo y lo ingresaban al centro o nosotros</u> 31 <u>los trasladábamos con una orden ese es el deber ser y así es</u> 32 <u>que se debe trabajar pero lamentablemente no lo hay.</u> 33 I.: Aquí hay una pregunta que relaciona con eso 34 ¿Actualmente cuál es la atención brindada por el INASS, 35 IVISS, Negra Hipólita, al Hospital para ubicar a los adultos 36 mayores en instituciones geriátricas? Actualmente. 37 T.S.: Nula, Negra Hipólita no, porque ellos ya se limitaron a 38 sus funciones como tal que es a pacientes en situación de 39 calle adultos no adultos mayores, con problemas de vicio de 40 alcohol y droga, el INASS, realmente, decirte la tensión es en 41 función a la reubicación nada más porque el INASS da una</p> <p style="text-align: right;">Pág. 23</p>
----------------------	--

Infecciones	<p>1 atención integral en otros aspectos medicina X, inclusive 2 recreación, pero en cuanto a lo que viene <u>en la parte</u> 3 <u>hospitalaria es en la reubicación ha sido nula, nula en el</u> 4 <u>sentido, porque este, tardan 2, 3, 4, 5 meses para darte la</u> 5 <u>respuesta del ingreso, el año pasado teníamos 7 casos, de</u> 6 <u>estos casos habían u n caso que estaba 3 meses con todos los</u> 7 <u>papeles ,los requisitos , porque nosotros llevamos todos los</u> 8 <u>requisitos dentro de INAGER central y teníamos 3 meses 4</u> 9 <u>meses con un paciente que estaba en presidencia y no había</u> 10 <u>llegado la respuesta ¿cómo llego la respuesta? Se pasó cartas</u> 11 <u>a defensoría, defensoría mando referencias externas, se pasó</u> 12 <u>el caso a Miraflores y por último se sacó en prensa en</u> 13 <u>Diciembre, se sacó en la prensa y se envió siempre un</u> 14 <u>comunicado directo a la presidencia del INASS que</u> 15 <u>casualidad ese día estaba la asistente lo consiguió el 24 de</u> 16 <u>Diciembre nos enviaron un oficio que nos iban a reubicar a 3</u> 17 <u>pacientes fue la única forma cuando ya se habían hechos</u> 18 <u>todos los procesos, se cumple todos los requisitos de la</u> 19 <u>institución pero la respuesta es poca, y se tarda entonces</u> 20 <u>imagínate si un paciente que tenía dos meses hospitalizado,</u> 21 <u>porque realmente requería de la hospitalización y fue dado de</u> 22 <u>alta tiene que esperar 3 meses 6 meses para que esta</u> 23 <u>institución te lo ubique te pregunto ¿cuál es la respuesta?, no</u> 24 <u>es efectiva, en comparación como era el INGER antes que los</u> 25 <u>ingresos aun cuando había una presidencia que autorizaba y</u> 26 <u>venían equipos médicos que revisan los estudios manejados</u> 27 <u>por trabajo social la asignación era más fácil, ahora</u> 28 <u>centralizaron a la presidencia y ocurre esto, ahora lo</u> 29 <u>contradictorio es lo siguiente y es el otro fenómeno que se</u> 30 <u>está dando que sé que no es la pregunta tenemos estos adultos</u> 31 <u>mayores de 1 o 2 años y nos han ingresado y tenemos reporte</u> 32 <u>de adultos mayores que recogen en la calle o que son</u> 33 <u>reportados por los consejos comunales y ya tienen un cupo, si</u> 34 <u>tú me dices a mí como institución que ahorita no tienes cupo</u> 35 <u>que siguen siendo los mismo centros que el Estado no te ha</u> 36 <u>fortalecido, no te ha dado más persona y para que tú puedas</u> 37 <u>asumir más población para ingresarla entonces explícame</u> 38 <u>como estas ingresando a pacientes que están en comunidades,</u> 39 <u>yo no digo que no lo necesiten, pero explícame como tengo</u> 40 <u>yo unos casos de 1 y 2 años y tú me dices que tú no tienes</u> 41 <u>cupo allí yo les dejo eso, allí es donde hay que revisar, de</u></p> <p style="text-align: right;">Pág. 24</p>
-------------	--

<p>Infeccion respiratoria</p>	<p>1 hecho con mis niños Venezolanos que tengo aquí vamos a 2 pedir el apoyo al consejo comunal que está más cercano que 3 nos apoye con eso, porque lo último que vamos hacer es ir 4 mañana a Miraflores y a ver porque no sé lo que pasa y es 5 otra consecuencia no para el adulto mayor si no para el 6 trabajo social, como queda el trabajo social a nivel de aquí de 7 autoridades y de sala no hace el trabajo, solo por estos 3 8 casos el trabajador social no cumple con su trabajo, 9 cuando no depende del trabajador social no depende del 10 personal, ya nosotros cubrimos hicimos una investigación 11 ya hicimos referencia ya llevamos un camino arduo para 12 ingresar estos pacientes y que nosotros no vamos hacer capaz 13 de sacarlos a la calle, porque nosotros se lo hemos dicho los 14 médicos si ustedes quieren sáquenlos pero bajo su 15 responsabilidad no la del trabajador social, entonces la 16 situación realmente jóvenes es crítica, ustedes dicen como 4 o 17 3 casos pero eso va a seguir. 18 I: no lo digo porque no tome importancia, sino por la 19 masificación que hay pero es súper importante. 20 T.S.: bueno realmente es eso un trabajo arduo que un poco 21 más allá que bueno que, a nosotros nos gusta nuestro trabajo 22 y que uno aprende mucho en este proceso porque son 23 historias de vida interesantes. 24 I.: y que es muy humano también. 25 T.S.: <u>si pero también estamos en total y franca crisis.</u> 26 <u>En infecciones engloban las infecciones intrahospitalarias</u> 27 <u>y la mayoría de las infecciones intrahospitalarias pueden</u> 28 <u>ser por vía respiratoria o vía urinaria.</u></p>
<p>Consecuencias del riesgo</p>	<p>29 I.: ¿en cuánto la comida infecciones estomacales?, la 30 manipulación de los alimentos. 31 T.S.: ¿sabes qué? Cuando los pacientes gozan de buena 32 salud, ellos comen mucho y los familiares le traen y comen 33 más y pueden tener síndrome diarreico, más allá de eso el 34 problema mayor es, si te complicas con una neumonía, de 35 hecho el año pasado los tres pacientes que en Diciembre el 36 INASS nos logró dar cupo uno era Carlos León que tenía 2 37 años, pero lo estaban mandando a Negra Hipólita y era un 38 caso que no podía trasladarse a Negra Hipólita, porque el ya 39 viene con un trastorno psiquiátrico es un adulto mayor que no 40 se vale por sí mismo, como lo vas a meter en un centro de 41 Negra Hipólita, ehhe el otro caso Santiago, fue trasladado, el</p>

<p>Condiciones de vida del señor luis</p> <p>Enfermedades del señor luis</p>	<p>1 otro caso Alicia , trasladada y Urbano, ¿qué paso con 2 Urbano? <u>Y él estaba muy bien, porque lo él era un</u> 3 <u>traumatismo craneoencefálico Neurocirugía lo atendió, y</u> 4 <u>estaba en una sala que no digo yo que se corre el riesgo de</u> 5 <u>adquirir, como las sala de medicina que son complicadas,</u> 6 <u>estaba en Neurocirugía digo yo una de las salas más</u> 7 <u>limpias que hay en el hospital que las mantienen limpias,</u> 8 <u>luego nos dijeron que él ya tenía su ubicación en Caricuao</u> 9 <u>y Enero comenzando Enero se complicó, estando allí y</u> 10 <u>murió con una infección respiratoria.</u> 11 I.: ¿y murió aquí? 12 T.S.: Si, y era un paciente que el personal de enfermería lo 13 tenía como un niño cuando lo veían mal le colocaban un 14 complejo vitamínico, lo bañaban le cortaban el cabello, lo 15 sacaban, lo sentaban, de todos el mejor cuidado era él. Y sin 16 embargo se complicó con una infección respiratoria y falleció 17 antes de ingresarlo, <u>entonces se corre el riesgo de que</u> 18 <u>muera, se corre el riesgo que se deprima y con la misma</u> 19 <u>depresión las enfermedades la parte emocional priva</u> 20 <u>mucho entonces no quiere colaborar con el equipo médico</u> 21 <u>para su recuperación como el caso de Joaquín ok, y lo otro</u> 22 <u>es que las consecuencia es una carga en presupuesto para el</u> 23 <u>hospital porque es una cama que no la necesita.</u> 24 I.: no se debería permitir que se tarde tanto. 25 T.S.: no, debería existir una articulación, debería existir un 26 tema en cuanto reporte, apenas ingrese se hace la 27 investigación una vez dado de alta se da un tiempo prudencial 28 y ya tiene su cupo eso el deber ser. 29 I.: ¿y siempre ha sido así Licenciada Judith? 30 T.S.: si, como te dije antes el INAGER antes tenía mayor 31 respuesta había un grupo de trabajadores sociales que 32 manejaban eso y daban más respuesta. 33 I.: ya ha bajado un poco. 34 T.S.: claro , porque con los cambios el INASS, se centralizo 35 <u>los ingresos por presidencia y hasta allí llego, porque la parte</u> 36 <u>debajo de gerencia de bienestar de servicio social que maneja</u> 37 <u>eso, hay trabajadores sociales , otros profesionales hacen la</u> 38 <u>adaptación del documento que uno les da , lo lleva a la parte</u> 39 <u>médica, la parte medica revisa, si es necesario hace la visita y</u> 40 <u>luego todo eso que tiene todas las de la ley para ingresar por</u> 41 <u>parte de presidencia y allí se queda 3 meses y entonces</u></p> <p style="text-align: right;">Pág. 26</p>
--	--

1	ustedes ven en la prensa ¡Ingresamos tantos adultos
2	mayores!;se atendieron tantos adultos mayores! Y no, ¿dónde
3	está la contradicción? Entonces es un problema complejo
4	problema de presupuesto, es un problema también del
5	INASS, no sé si lo han hecho o no que se apertura más
6	centros, ósea <u>la idea no es aperturar centros es que cada</u>
7	<u>adulto mayor este en su núcleo familiar</u> pero siempre existen
8	estas personas con una historia de vida que nadie los va
9	aceptar, ósea nadie va a decir, en última instancia, que
10	hacemos que no es el deber ser, si el adulto mayor no está en
11	malas condiciones y viene del hogar o tenemos alguien del
12	hogar se le lleven hasta su casa corremos el riesgo que nos
13	lleven a defensoría y los malos en la película somos nosotros
14	pero si hay una ubicación y <u>el adulto mayor está en buenas</u>
15	<u>condiciones lo llevamos hasta la puerta de su casa, por</u>
16	<u>supuesto buscamos apoyo de la comunidad del consejo</u>
17	<u>comunal y lo llevamos a su casa</u> en estos 3 casos no hay
18	donde llevarlo y el caso del ambulatorio es distinto porque él
19	tiene su casa dentro del basurero municipal, él tiene su casa.
20	I: ¿desde su punto de vista cuales son las condiciones que
21	vive Luis González?
22	T.S: <u>¿que vive Luis?, hay santa madre él vive en unas</u>
23	<u>condiciones de higiene, que no es un vivir, es un vivir para el</u>
24	<u>, es su sistema de vida recuerden los que les dije la otra vez,</u>
25	<u>él vive bien dentro de eso, pero desde el punto de vista de una</u>
26	<u>persona normal o un profesional está en una situación de</u>
27	<u>riesgo de exposición a cualquier tipo de enfermedad porque</u>
28	<u>vivir como vive el que es acumulador de basura, eso es una</u>
29	<u>enfermedad, ser un acumulador de lo que sea es una</u>
30	<u>enfermedad, ok, pero él vive en una situación de riesgo</u>
31	<u>permanente.</u>
32	I: ¿qué enfermedades puede contraer?
33	T.S.: <u>una infección respiratoria, lestopirosis por la</u>
34	<u>cantidad de ratas, el orín de ratas puede causar esa</u>
35	<u>enfermedad, enfermedades de la piel muy fácil mente, me</u>
36	<u>quede impresionada aunque no tan impresionada ¿saben</u>
37	<u>por qué? Porque ya su organismo está condicionado.</u>
38	I: ¿inmune?
39	T.S.: si, las personas que viven en esas condiciones aun
40	cuando él tiene su casa, los jóvenes vieron su casa, debajo del
41	puente crea un sistema de inmunidad a ciertas enfermedades

1	que nosotros nos provocan en una noche en la casa del señor
2	Luis, o 2 días o 3 días o a dormir debajo del Guiare, o nos
3	colocan a dormir en la plaza Miranda, ¿mínimo que les va a
4	dar? Entienden, en cambio cuando una persona se acostumbra
5	a un sistema vida de alguna manera el cuerpo se hace
6	inmune, en las condiciones de ese señor ya tuviera
7	enfermedades en la piel y ustedes lo vieron lo único que tiene
8	es esto (se toca y señala la parte izquierda de la nariz) que
9	sospecho que es un cáncer por las lesiones que tiene a nivel
10	de la nariz, problemas auditivos propio de la edad, problemas
11	visuales, propio de la edad , pero el señor hace años que no
12	visita un médico ok, <u>entonces su sistema se acostumbró allí,</u>
13	<u>que sucede si nosotros comenzamos a sacarlo de su entorno</u>
14	<u>por supuesto que allí comenzaran aparecer todas las</u>
15	<u>enfermedades,</u> porque es igual cuando tú le quitas el alcohol a
16	una persona alcohólica, cuando le quitas el cigarrillo
17	comienza a engordar a tener síntoma sed ansiedad, para poder
18	sacar al Luis de allí hay que hacer un proceso lento, ok, de
19	que él tome conciencia que eso no es vida para nadie, que si
20	se hace la decisión que decían las señoras que bueno nosotros
21	vamos y sacamos las cosas... pues no porque estamos
22	violando su vida ósea tú no puedes hacer eso pero si, <u>él está</u>
23	<u>en una situación de indigencia total y una situación físico</u>
24	<u>ambiental inadecuadas.</u>
25	I.: ¿usted considera que el señor Luis sea un posible paciente
26	del Hospital?
27	T.S.: Si, por supuesto
28	I.: ¿Por qué?
29	T.S.: Porque vive aquí a la esquina(risas)
30	I.: (risas)
31	T.S: No, <u>por supuesto primero porque vive en la zona, eso</u>
32	<u>principal, segundo porque tienen unas condiciones físico</u>
33	<u>ambiental que no lo ayudan y que con el tiempo por supuesto</u>
34	<u>lo van a enfermar, tercero por su misma edad, cuarto por la</u>
35	<u>situación que tiene en este momento, ¿cuál es la situación que</u>
36	<u>tiene en este momento? La alimentación, no puede valerse</u>
37	<u>por sí mismo ok, porque el vendía su café, no puede valerse</u>
38	<u>por sí mismo no tiene dinero no se siente útil, comenzando</u>
39	<u>por allí eso le va a afectar en la parte emocional y no se</u>
40	<u>alimenta bien porque bueno , si no trabaja no come aun</u>
41	<u>cuando la comunidad lo puede ayudar pero hasta qué punto y</u>

1	<u>era lo que yo le decía, hasta qué punto pueden ayudarlo,</u>
2	<u>entonces él va ser un candidato a ingresar aquí y va ser un</u>
3	<u>candidato a estar en un centro geriátrico mucho más adelante,</u>
4	<u>pero si lo va ser.</u>
5	I.: ¿qué edad tiene actualmente?
6	T.: 65 -65, es tan triste porque ustedes vieron que una
7	persona que en su forma de hablar, es una persona muy
8	educada , es una persona que sabe de música , se solfeo de
9	batería y que lamentablemente este pasando por esa situación,
10	pero esa es la historia de vida de los pacientes, cuando
11	empiezas a revisar son personas que sido útiles en su vida
12	pero que por determinada situación, la situación de él es la
13	muerte de su madre, quedo en el
14	I.: limbo
15	T.S.: si, quedo en el limbo ¿qué otras cosa Jóvenes?
16	I.: ¿qué otra pregunta Alexander?
17	I.: en una sola palabra ¿Cómo cree usted que son las
18	condiciones en la que vive el adulto mayor en abandono?
19	T.S: ¿pero cuál? Ósea,
20	I.: aquí en el Hospital
21	T.S: las condiciones ustedes la vieron, ósea no son las
22	condiciones adecuadas, lo que están dentro del Hospital no
23	deben estar en el Hospital, porque para qué es el Hospital,
24	para garantizar la atención en salud ok, entonces no son las
25	condiciones adecuadas para darle una mejor calidad de vida,
26	y cuál es la mejor calidad de vida que tú les puede dar, es que
27	estén en un centro acorde a las necesidades de su edad, aquí
28	se les da la atención medica aquí se les puede dar
29	alimentación, pero esa parte de acompañamiento esa parte
30	cultural, esa parte de no ver enfermos , de no ver médicos ok,
31	entonces aquí dentro del hospital no están esas condiciones
32	para tenerlos, porque los enfermas más, ósea y se complica.
33	I.: no debería permitir que pase tanto tiempo aquí un año ya
34	es mucho, dos años viendo lo mismo.
35	T.S.: lo que pasa es que dos de ellos no están consciente de
36	su estado solo uno.
37	I.: ¿Luis?
38	T.S.: no, Joaquín, Luis porque está en su casa, y él está en su
39	normalidad, ese es su mundo ese basurero y perolero, ese es
40	su mundo, pero oo.
41	I.: ¿es una casita pequeña no?

1	T.S.: es una casa grande, es una casa muy bonita, si tú le
2	colocas o remodelas.
3	I.: es desorganizado
4	T.S.: Si él dice que, para él es un poco desorganizado, de
5	hecho tenía como pena de meternos allí, a pesar de sentía
6	vergüenza pero, y el colchón medio lo vimos y eso es
7	horroroso, por eso digo la piel limpiecita de hecho para lo
8	acumulador que es, no olía mucho, no había un olor feo y eso
9	era basura y de todo.
10	I: ¿el acaso vive de la basura?
11	T.S.: no, él recoge, en la acumula, él trabaja, organiza unos
12	conos en una línea de taxi me imagino que le darán una
13	tontería, el resto del tiempo nadie sabe lo que hace, me
14	imagino recogiendo basura porque le se la pasa todo el día en
15	la calle, él duerme como hasta las 10 -11 de la mañana se va
16	para la calle.
17	I. : Duerme hasta tarde, descansa
18	T.S: no él tiene un trastorno psiquiátrico que no hemos
19	podido determinar porque a él solamente se le hizo una
20	evaluación, yo tengo que solicitar que le hagan una
21	evaluación más allá para ver qué es lo que tiene, los vecinos
22	dicen que el grita en la noche, habla me imagino solo, es lo
23	normal, su misma situación de soledad y que sucede que el
24	debería tomar medicamentos para dormir porque él tiene
25	insomnios, él no duerme en la noche y por supuesto cuando
26	él consigue el sueño se para 10- 11 de la mañana se para
27	tarde, pero tiene una casa muy bonita arreglándola bien, tiene
28	un espacio grande la cocina, en la cocina no cocina porque
29	tiene un centro de acumulación donde tiende la ropa es que
30	cocina, si se dieron cuenta la ropa no la tiene en el escaparate
31	la tiene es arriba donde cocina, con una conexión que estos
32	niños estaban asustado, y con todos esos riesgos ,no tiene
33	luz.
34	I.: ¿el baño?
35	T.S.: el baño en unas condiciones
36	I.: él estaba prendiendo un periódico (risas)
37	T.S.: que hay dios mío, cuando el prendió.
38	I. : yo le dije apaga eso (risas)
39	T.S.: a mí me dio algo, yo dije ahora si es verdad que
40	nosotros vamos a tener que salir corriendo, claro porque
41	prende un pedazo de periódico ¿era? Y con la cantidad de

	1	papel y ese corotero, y no sabemos si tiene cosas inflamables
	2	allí.
	3	I.: que peligro
	4	T.S: una acumulación impresionante, allí había bolsas
	5	negras, envases de agua, refresco, latas, un albañal que estaba
	6	debajo de las escaleras y por allí salían las ratas, pero a pesar
	7	de todo no había un olor fétido, y él se mantiene limpio
	8	entonces, alguna ¿otra?
	9	I.: estamos listos.
	10	T.S.: cualquier otra cosas que se requiera podemos seguir
	11	complementando.

Pág. 31