



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ABANDONO DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL DE LA SEGURIDAD

SOCIAL OCTAVIO MONRUT MUÑOZ

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Gestión en Bienestar Social

Autora

Perez Campos, Alicia

Asesora

Jurado Falconi, Eulalia

ORCID: 0000-0002-6418-0405

Jurado

Duran Espejo, Leonor Alcira

Valcarcel Aragon, Mario Sabino

Otoya Ramírez, Hilda

Lima - Perú

2024



"ABANDONO DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL OCTAVIO MONRUT MUÑOZ"

INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

28%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

17%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.scribd.com Fuente de Internet	5%
2	bvs.sld.cu Fuente de Internet	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	docplayer.es Fuente de Internet	2%
5	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
6	idoc.tips Fuente de Internet	1%
7	1library.co Fuente de Internet	1%
8	pt.scribd.com Fuente de Internet	1%
9	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

**ABANDONO DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL
DE LA SEGURIDAD SOCIAL OCTAVIO MONRUT MUÑOZ**

Línea de Investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en
Gestión en Bienestar Social

Autor

Perez Campos, Alicia

Asesora

Jurado Falconi, Eulalia

ORCID: 0000-0002-6418-0405

Jurado

Duran Espejo Leonor Alcira

Valcarcel Aragon Mario Sabino

Otoya Ramírez Hilda

Lima – Perú

2024

ÍNDICE

Resumen	6
Abstract.....	7
I. Introducción	8
1.1 Descripción y formulación del problema	10
1.2 Antecedentes	12
1.3 Objetivos.....	21
- Objetivo General.....	21
- Objetivos Específicos	21
1.4 Justificación	21
1.5 Hipótesis	23
Hipótesis general:.....	23
Hipótesis específicas:	23
II. Marco Teórico	24
2.1 Bases Teóricas	24
2.2 Marco Legal.....	34
2.3 Marco Referencial	41
III. Método.....	47
3.1 Tipo de investigación.....	47
3.2 Ámbito temporal y espacial	47
3.3 Variables	48
3.4 Población y muestra:	50

3.5 Instrumentos	51
3.6 Procesamiento de análisis	51
3.7 análisis de datos	51
3.9 Consideraciones éticas.....	52
IV. Resultados	53
V. Discusión de resultados.....	64
VI. Conclusiones	72
VII. Recomendaciones.....	73
VIII. Referencias	74
Anexos	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Visita de los familiares	59
Tabla 2	Cálculo del Chi Cuadrado	59
Tabla 3	Frecuencias Observadas y Esperadas.....	61
Tabla 4	Cálculo del Chi Cuadrado	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Distribución de los adultos mayores que trabajan según el Porcentaje de cuánto ganan	53
Figura 2	Distribución de los Adultos Mayores según Donde Trabajan.....	54
Figura 3	Distribución de los adultos mayores según el Tipo de Vivienda	55
Figura 4	Distribución de los Adultos Mayores según Cómo se Sienten y Cómo es la Comunicación en Casa.....	57

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores sociales que determinan el abandono del adulto mayor en un hospital de la seguridad social caso. Hospital Octavio Mongruth Muñoz. 2016- 2018.

Método: estudio de tipo descriptivo y de corte transversal. Se realizó un “cuestionario” relacionado con los factores sociales a 111 pacientes adultos mayores del Hospital Octavio

Mongruth. **Resultados:** Según la edad se encontró que la media entre 80 - 89 años en un porcentaje de 43%. Según la variable; CÓMO ES LA COMUNICACIÓN EN CASA predominó quienes se comunican con respeto en un 82.9%, Así mismo, según la variable COMO TE SIENTES CON TU FAMILIA predominó quienes se sienten Bien en 67.6%, comparado de quienes se siente Muy mal con un porcentaje de 2.7%. **Conclusiones:** Se determinó que existe una relación estadísticamente significativa entre el status económico y la desintegración familiar sobre el abandono del adulto mayor que se atiende en el Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz durante el año 2018.

Palabras clave: abandono, adulto mayor, factores sociales

ABSTRACT

Objective: To analyze the social factors that determine the abandonment of the elderly in a social security hospital case. Octavio Mongruth Muñoz Hospital. 2016-2018. **Method:** descriptive and cross-sectional study. A "questionnaire" related to social factors was carried out to 111 older adult patients of the Octavio Mongruth Hospital. **Results:** According to age, the mean age was found to be between 80 and 89 years with a percentage of 43%. According to the variable; HOW IS COMMUNICATION AT HOME, those who communicate with respect predominated in 82.9%. Likewise, according to the variable HOW DO YOU FEEL WITH YOUR FAMILY, those who feel good predominated in 67.6%, compared to those who feel very bad with a percentage of 2.7%. **Conclusions:** It was determined that there is a statistically significant relationship between economic status and family disintegration on the abandonment of older adults attended at the Octavio Mongruth Muñoz Social Security Hospital during 2018.

Key words: abandonment, elderly, social factor

I. INTRODUCCIÓN

El aumento de la edad media de la población es un fenómeno que genera un fuerte impacto tanto a nivel individual como social y, a menudo, se asocia casi exclusivamente con los países europeos o desarrollados. No obstante, Latinoamérica sigue el mismo rumbo y, particularmente en el Perú, se ha observado un significativo incremento en la longevidad de sus habitantes. Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), actualmente 3 345 552 habitantes del país pertenecen al grupo de personas adultas mayores (PAM), lo que equivale al 10,4 % de la población total (INEI, 2018, p. 1). Además, las proyecciones demográficas indican que, para el año 2020, la cantidad de peruanos mayores de 60 años aumentaría a 3 593 054 individuos (INEI, 2018, p. 21). Este crecimiento en la población adulta mayor se atribuye a la reducción de la tasa de mortalidad en este grupo etario y al aumento de la esperanza de vida al nacer, como resultado de los avances en los servicios de salud.

Y esta elongación de la vida, ya que es un logro para la civilización, también amerita un nuevo estado al cual adaptarse. Según Ramos (2014) *"implica una redefinición de las formas de envejecer y plantea nuevas preguntas como: ¿qué significa ser una persona adulta mayor en nuestra sociedad?"* (p. 7). Envejecer, además de ser una etapa de la vida, también es en gran medida una experiencia heterogénea, ya que engloba diferentes aspectos que la definen, entre ellos el estatus económico, la clase social, la cultura y la salud (Ramos, 2014).

Son estos aspectos los que brindan a las personas la posibilidad de experimentar plenamente esta fase de su vida o, por el contrario, llevarlas a situaciones de exclusión social y falta de apoyo familiar.

En lo que respecta al adulto mayor, cuando se jubila, su familia constituye un gran soporte en su nueva vida; sin embargo, el cuidado ha ido tornándose en marginación, maltrato y abandono. Según el último reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020).

“En el último año, aproximadamente 1 de cada 6 personas mayores de 60 años sufrieron algún tipo de abuso en entornos comunitarios” (OMS, 2020, p. 1).

Esto se debe a que la familia moderna acelera el proceso de desintegración y menosprecio de las personas mayores (OMS, 2020).

Se adultos mayores valentes y postrados, así como aquellos que tienen bajos ingresos. A pesar de contar con respaldo del estado, gobiernos, fundaciones e instituciones que los acogen en tales circunstancias, los adultos mayores enfrentan sufrimientos debido al abandono, que se define como la falta de atención y cuidado por parte de sus familiares. Esta situación afecta principalmente el bienestar psicológico y emocional de los adultos mayores, quienes a menudo experimentan depresión severa, falta de apetito y deseo de vivir, llegando incluso al extremo de considerar el suicidio.

Es habitual que la presencia de enfermedades o discapacidades, junto con la soledad y la inestabilidad económica, pongan a las familias en situaciones críticas, ya que, como apunta Morales (2014):

En la mayoría de los casos se observan pacientes con más de un padecimiento y la atención médica supone egresos elevados en la economía familiar, lo que termina por agotar la paciencia y la reserva monetaria en muchas de ellas. Mayormente, las familias más cercanas manifiestan cansancio, agotamiento, desinterés y agresión, ocasionando una mayor dependencia del adulto mayor por su temor a ser abandonado, causándole depresión. En la relegación del núcleo familiar, situación que describe la realidad de cientos de miles de adultos mayores, ocurre al presentarse la ruptura en los vínculos de comunicación y vínculo emocional. Y esto se produce debido a varias circunstancias,

por ejemplo: en el hogar moderno sucede que, por responsabilidades o presión social, como el trabajo o los estudios, apartan a la familia del adulto mayor, dejándolo de lado. Otra situación es cuando los miembros de la familia no entienden el proceso que está viviendo el adulto mayor y lo juzgan como "estorbo" que no aporta en el desenvolvimiento de los quehaceres de la casa, por consiguiente, "lo apartan" o, en otras palabras, "lo abandonan". (p.11).

Debido a los factores sociales, económicos y psíquicos que influyen en el abandono del adulto mayor, se realizó esta investigación para determinar qué tan significativa es la influencia de la desintegración familiar y el estatus económico del adulto mayor en su abandono. La finalidad es que el hospital pueda diseñar políticas para concienciar a las familias sobre la realidad de la tercera edad y promover su apoyo, brindando mayor confort al adulto mayor a través de los programas de Essalud, en particular del Hospital Mongrut, como los Centros del Adulto Mayor, PADOMI y el taller de cuidadores.

1.1 Descripción y formulación del Problema

Una de las tendencias más destacadas del siglo XXI es el incremento en el número de personas mayores, con un registro de 3 229 876 adultos mayores de 65 años en el Perú (INEI, 2018, p. 21). Se observa un alto porcentaje de adultos mayores en condición de fragilidad y abandono, quienes dependen de la asistencia de otros y no pueden valerse por sí mismos. A pesar de ello, muchos acuden solos en busca de atención médica, padeciendo enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, entre otras, además de enfrentar problemas de desnutrición.

Es responsabilidad del Estado garantizar el bienestar general de la sociedad, lo que incluye la supervisión de los centros que brindan cuidado esencial a los adultos mayores y funcionan como residencias.

La Constitución peruana de 1993, en su capítulo VII, establece que todos tienen derecho a la protección de la salud. Para ello, existen instituciones encargadas de garantizar este derecho, siendo una de ellas el Seguro Social de Salud (*EsSalud*). Con el fin de atender la alta demanda en temas de salud, el Estado cuenta con dos sistemas nacionales de salud: público y privado. El primero está dirigido a todos los ciudadanos que dependen del gobierno y sus programas de salud, mientras que el segundo atiende a la población formal que opta por la suscripción a un seguro de salud o a la seguridad social de *EsSalud*.

EsSalud cuenta con ocho millones de afiliados a nivel nacional y dispone de hospitales de diferentes niveles de complejidad: nivel IV, nivel III, nivel II y nivel I. Entre ellos se encuentra el Hospital Octavio Mongrut Muñoz, ubicado en el distrito de San Miguel, el cual cuenta con un programa destinado exclusivamente a la atención de esta población.

La fragilidad en los adultos mayores presenta diferentes etapas, como la fragilidad dependiente y la fragilidad postrada. Según estudios sobre la salud geriátrica, muchos de estos pacientes acuden solos a consulta médica, reflejando una creciente problemática de desintegración social (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Al realizar un control social, se ha identificado un alto porcentaje de adultos mayores que enfrentan problemas de abandono familiar. En muchos casos, sus familiares sienten resentimiento, ya que estos pacientes, en su juventud, abandonaron a sus seres queridos, lo que genera un distanciamiento en la vejez (Fernández et al., 2018).

Además, la viudez es otro factor determinante. Cuando fallece su cónyuge, los adultos mayores quedan sin pareja, lo que puede provocar depresión y, en algunos casos, llevarlos a un estado de postración, convirtiéndose en una carga para la familia (Gómez & Rodríguez, 2019).

Esta situación se agrava cuando se trata de pensionistas con ingresos inferiores al sueldo mínimo. Por otro lado, sus hijos, que también tienen responsabilidades familiares y recursos limitados, no pueden costear la atención de una enfermera profesional, cuyo servicio tiene un costo mínimo de 1 000 soles por turno. Dado que un paciente en estado de postración requiere asistencia en tres turnos (mañana, tarde y noche), y considerando que el turno nocturno suele ser el más costoso, muchas familias no pueden afrontar estos gastos. Como consecuencia, optan por abandonarlos, o en algunos casos, los propios adultos mayores buscan atención médica por cuenta propia y acuden solos al hospital (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2018).

Formulación del problema

Visto lo anteriormente planteado, es interés de esta investigación encontrar respuestas a las siguientes interrogantes:

Problema Principal

¿Qué factores sociales determinan la desatención hacia el adulto mayor en el hospital Octavio Mongruth Muñoz de la seguridad social?

Problemas Específicos

¿Cómo la fragmentación familiar impacta en el desamparo del adulto mayor?

¿Cómo influye el estatus como pensionista en el abandono del adulto mayor?

1.2 Antecedentes

Carmona (2015) en su tesis titulada *Estudio sobre el maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario en España (Andalucía–Córdoba), Portugal*

(Oporto, Azores) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra), realizada en la Universidad de Córdoba y publicada en el centro educativo UCOPress, llevó a cabo un estudio comparativo sobre el maltrato hacia las personas mayores en estos países.

Según los datos recopilados, se ha identificado que la sospecha de maltrato en el ámbito familiar y comunitario afecta al 6,9% de las personas mayores en España (Andalucía - Córdoba), al 24,5% en Azores (Portugal), al 4,6% en Oporto (Portugal) y al 39% en Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) (p. 174). Los resultados indican que el maltrato psicológico es la forma más común de abuso. Además, se encontró que el riesgo de sufrir maltrato se relaciona con ser mujer, tener un bajo nivel educativo, pertenecer a familias disfuncionales y presentar una mayor dependencia.

La investigación realizada por Da Conceição (2015) en su tesis *Ancianos, vulnerabilidad, riesgo y violencia: ¿Cuáles son las medidas de protección?*, presentada para optar al grado de **Maestría en Gerontología Social** en el **Instituto Superior de Servicio Social de Porto**, se basó en una revisión bibliográfica sobre la situación de los adultos mayores en relación con la vulnerabilidad y el riesgo de violencia. El estudio concluyó que, aunque existen diversas medidas de protección para las personas mayores, estas resultan insuficientes debido a que los comités de protección no operan en todos los municipios, lo que genera desigualdad social. Además, se identificó la ausencia de una legislación específica para la protección de este grupo etario.

Ante esta problemática, Da Conceição (2015) propuso la creación de una normativa específica a nivel nacional que garantice la seguridad y el bienestar de los adultos mayores. Asimismo, sugirió la implementación de una “Comisión Nacional de Protección de los Mayores”, basada en el modelo de la **Comisión de Protección de la Infancia y la Juventud en Peligro**, pero con las adaptaciones necesarias para responder a las necesidades de los adultos mayores. Según el autor, este llamado de atención es crucial para generar una mayor conciencia

colectiva sobre la violencia contra las personas mayores y fomentar la responsabilidad civil y comunitaria en la promoción del bienestar de esta población y sus familias.

Tabueña (2016) en su estudio *Los abusos a las personas mayores*, realizó una revisión sobre las diferentes formas de abuso hacia el adulto mayor, abordando su evaluación, valoración y prevención. En su investigación, identificó distintos grados de prevención, así como diversos enfoques para la valoración de las víctimas, considerando aspectos como su estado físico y emocional, el entorno familiar, las condiciones ambientales y la calidad de vida. Asimismo, Tabueña (2016) analizó las formas de evaluación del maltrato, distinguiendo entre el abuso directo hacia la persona mayor y el maltrato institucional, que se manifiesta a través de negligencia en la atención, falta de acceso a servicios adecuados o trato discriminatorio dentro de los sistemas de salud y asistencia social. Los hallazgos de este estudio resaltan la importancia de establecer mecanismos efectivos de protección para los adultos mayores, promoviendo políticas públicas orientadas a la prevención y sanción de estos abusos, así como a la concienciación de la sociedad sobre el respeto y la dignidad de esta población.

Colomar (2018) en su tesis doctoral *Abuso y maltrato hacia las personas mayores: Análisis y revisión de sentencias judiciales en España*, realizó un estudio descriptivo en la Universidad Autónoma de Barcelona, en el que examinó 338 sentencias extraídas de la base de datos del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ). Los resultados obtenidos revelaron que los delitos más comunes contra las personas mayores fueron aquellos contra el patrimonio, como robo y estafa, seguidos por delitos contra la vida, incluyendo homicidio y asesinato. Asimismo, se identificaron casos de maltrato habitual en contextos de violencia doméstica y faltas contra las personas, tales como lesiones, amenazas y coacciones.

Según los resultados en casi el 70% de los casos, la víctima conocía a su agresor, lo que evidencia que los abusos fueron más frecuentes que las negligencias. Además, el domicilio de la víctima fue el lugar donde mayormente se perpetraron estos delitos. A pesar de que la

base de datos del CGPJ proporcionó información valiosa sobre el maltrato a los adultos mayores, se identificó una limitación importante en el registro de casos, ya que solo se documentan los delitos más graves. Además, las sentencias contienen información clínica limitada, lo que dificulta establecer con precisión el grado de relación de confianza entre la víctima y su agresor.

Antecedentes América Latina

Rozo (2018) en su tesis *Determinantes del abandono familiar en el adulto mayor*, presentada para la obtención del grado de Bachiller en Enfermería en la Universidad de Santiago de Cali, realizó un estudio basado en una revisión bibliográfica que incluyó artículos científicos, revistas indexadas, tesis e informes globales. En total, se examinaron 40 artículos científicos, de los cuales 25 cumplieron con los criterios de selección establecidos.

Los hallazgos de la investigación evidenciaron que el abandono del adulto mayor puede generar cambios significativos en su comportamiento mental, así como la pérdida o ausencia de funciones cognitivas esenciales, como el razonamiento, lo que limita su autonomía. Además, este fenómeno está estrechamente vinculado con comportamientos que afectan las relaciones sociales en el ámbito familiar. Según Rozo (2018), las personas mayores que experimentan el abandono suelen enfrentar sentimientos de rechazo, soledad y depresión, lo que las lleva a un progresivo aislamiento de su entorno social.

Fragoso (2016) en su tesis *El anciano como ciudadano: enfrentando el abandono familiar de la persona anciana*, presentada para optar al grado de Bachiller en Servicio Social en la Universidad Federal Fluminense, analiza el envejecimiento de la población y su relación con las políticas públicas, la responsabilidad familiar en el cuidado de los adultos mayores y el papel del profesional en servicio social para garantizar sus derechos.

El estudio destaca que considerar el envejecimiento como una conquista implica la necesidad de políticas públicas orientadas a los adultos mayores para asegurarles una vejez

digna. Sin embargo, se observa una reducción del papel protector del Estado en la garantía de derechos y condiciones de vida adecuadas para esta población, trasladando dichas responsabilidades al tercer sector y a la sociedad civil. A pesar de que la legislación brasileña ha sido reconocida por promover una mayor calidad de vida para los adultos mayores, siendo conocida como la "Constitución Ciudadana", Fragoso (2016) señala que en la práctica esta normativa no coincide con la realidad vivida por los ancianos brasileños. Su investigación revela un abandono estatal y una tendencia a responsabilizar exclusivamente a la familia por la situación de los adultos mayores.

Delgado (2012) en su tesis titulada *Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores; Centro del Buen Vivir MIES FEDHU-2012*, presentada para optar al grado de Bachiller en Psicología Clínica en la Universidad de Guayaquil, llevó a cabo un estudio de metodología cualitativa con un enfoque descriptivo y transaccional. Su investigación se centró en identificar las características del abandono familiar y su impacto en el comportamiento de los adultos mayores.

Los hallazgos del estudio revelan que los adultos mayores que han sido abandonados experimentan formas inadecuadas de interacción, lo que repercute negativamente en sus relaciones sociales, estado de ánimo y comportamiento general. En particular, el abandono familiar afecta las esferas afectiva, cognitiva y conductual, lo que influye directamente en su capacidad de socialización. Además, Delgado (2012) subraya el papel crucial de la familia en la mejora de la situación de los adultos mayores, destacando la necesidad de intervenciones que fortalezcan el vínculo familiar y promuevan un entorno de apoyo tanto para ellos como para sus allegados.

García (2009) en su tesis titulada *La exclusión del adulto mayor en los servicios de salud en Guatemala*, presentada para optar al grado de maestría en Trabajo Social en la Universidad San Carlos de Guatemala, realizó una investigación descriptiva, analítica y

transversal para examinar la situación de pobreza en la que se encuentran muchos adultos mayores en Guatemala. Su estudio evidencia que gran parte de esta población enfrenta dificultades para cubrir sus necesidades básicas y acceder a servicios de salud, debido a la falta de acceso a la Seguridad Social y a la insuficiencia de recursos para costear servicios privados.

Ante esta problemática, se propuso la implementación de un proyecto piloto, el *Centro de Atención Integral para Adultos Mayores*, ubicado en las instalaciones de la Asociación de Niños y Jóvenes con Futuro en la zona 12 de la ciudad capital. Este proyecto busca mejorar la salud de los adultos mayores, fortalecer su autoestima y elevar su calidad de vida.

En un contexto global marcado por crisis económicas y dificultades en el mercado laboral, García (2009) enfatiza la importancia de prevenir el desempleo o el retiro sin jubilación, con el fin de garantizar condiciones de vida dignas y reducir la dependencia económica en la vejez. En Guatemala, los programas de jubilación están principalmente dirigidos al sector estatal, como el programa de pensionados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), además de otros sistemas implementados en empresas e instituciones autónomas o semiautónomas. Sin embargo, el estudio advierte que esta situación deja en una posición de vulnerabilidad a aquellas personas que han trabajado en el sector informal durante toda su vida, ya que carecen de mecanismos de protección económica en la etapa de la vejez.

Cabrera (2015) en su tesis titulada *Necesidades de los adultos mayores atendidos por la Oficina de Protección de Derechos del Adulto Mayor, víctimas de maltrato psicológico*, presentada para optar al grado de bachiller en Ciencias Sociales en la Universidad Alberto Hurtado, llevó a cabo una investigación de tipo descriptiva con el propósito de identificar las necesidades específicas de los adultos mayores atendidos por la Oficina de Protección de Derechos del Adulto Mayor (OPDAM).

El estudio permitió reconocer a los adultos mayores no solo como sujetos de intervención, sino también como interlocutores de su propia realidad, lo que facilitó una

identificación más precisa de sus necesidades. Entre los principales hallazgos, se determinó que el 83.3% de los participantes requería servicios básicos, mientras que el 50% manifestó temor a ser vulnerado legalmente y buscaba protección. Asimismo, se identificó que el 42.3% desconocía los beneficios municipales a los que tenía derecho. En el aspecto emocional, el 86% de los adultos mayores expresó la necesidad de afecto, el 73% manifestó la necesidad de mayor participación en el hogar y el 90% señaló la importancia de sentirse libres. Finalmente, el 60% indicó que no consideraba necesaria la educación en términos formales, ya que no sentían que la requirieran.

Los resultados de este estudio reflejan la diversidad de necesidades que enfrentan los adultos mayores víctimas de maltrato psicológico, evidenciando la importancia de fortalecer las estrategias de intervención y protección en este grupo vulnerable.

Antecedentes Nacionales

Payhua (2013) en su tesis titulada *Abandono del adulto mayor por el núcleo familiar del programa CIAM – Huancayo 2013*, presentada para optar al grado de bachiller en Trabajo Social en la Universidad Nacional del Centro del Perú, realizó un estudio en el que analizó la situación de abandono que sufren los adultos mayores atendidos por el programa Centros Integrales del Adulto Mayor (CIAM) en Huancayo.

Los resultados de la investigación evidenciaron que los adultos mayores enfrentan abandono tanto material como moral por parte de sus familiares. En relación con el abandono material, se identificó que el 59% de los participantes no recibe apoyo económico de sus familiares, el 76% carece de ayuda para cubrir sus necesidades básicas y el 84% no cuenta con apoyo para participar en las actividades del programa. Además, se observó que enfrentan limitaciones en cuanto al acceso a insumos necesarios, y la mayoría dispone de ingresos económicos que fluctúan entre 301 y 600 soles.

Por otro lado, en cuanto al abandono moral, el 90% de los encuestados manifestó no recibir afecto por parte de su familia, mientras que el 86% indicó que no mantiene conversaciones sobre sus necesidades básicas con sus familiares. Asimismo, una parte significativa de los participantes expresó que sus hijos no los visitan ni les prestan ayuda en las labores domésticas.

En conclusión, los hallazgos de este estudio reflejan que los adultos mayores del programa CIAM en Huancayo se encuentran en una situación de abandono tanto material como emocional, lo que resalta la necesidad de implementar estrategias para mejorar su bienestar y fortalecer los lazos familiares.

Núñez (2019) en su tesis titulada *Factores del abandono familiar del adulto mayor en la Sociedad de Beneficencia Huancavelica*, presentada para optar al grado de bachiller en Enfermería en la Universidad Nacional de Huancavelica, llevó a cabo un estudio de enfoque no experimental, transversal y descriptivo, con el propósito de analizar los principales factores que influyen en el abandono familiar de los adultos mayores atendidos en dicha institución.

Los resultados de la investigación evidenciaron que el factor de salud es predominante en el abandono familiar, principalmente debido a la presencia de enfermedades que limitan la autonomía de los adultos mayores. En cuanto al factor familiar, se identificó que el abandono es más frecuente cuando los adultos mayores viven solos en sus hogares. Además, se encontró que la mayoría de los encuestados tienen un solo hijo, residen en viviendas alquiladas, son autosuficientes en sus actividades diarias y reciben cuidado ocasional por parte de algún familiar.

En conclusión, el estudio destaca que el abandono del adulto mayor está influenciado por diversos factores, siendo el estado de salud y la estructura familiar los más determinantes.

Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar estrategias de intervención que permitan fortalecer el vínculo familiar y mejorar el acceso a servicios de salud para este grupo vulnerable.

Morales (2014) en su tesis titulada *Abandono familiar al usuario del Centro Adulto Mayor - Essalud - Guadalupe, provincia de Pacasmayo en el año 2013*, presentada para optar al grado de bachiller en Trabajo Social en la Universidad Nacional de Trujillo, llevó a cabo una investigación con metodología deductiva, inductiva y descriptiva con el objetivo de analizar el impacto del abandono familiar en los adultos mayores atendidos en dicho centro.

El estudio evidenció que los adultos mayores experimentan una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales característicos de esta etapa de la vida, los cuales se ven agravados por carencias afectivas en su entorno cotidiano. Se encontró que el 59% de los usuarios son víctimas de actitudes violentas, como gritos e insultos por parte de sus propios familiares, lo que refleja una situación de maltrato en el hogar. Según los hallazgos, este fenómeno está estrechamente relacionado con la disfuncionalidad familiar, la cual genera un entorno desfavorable debido a la falta de estabilidad y la debilidad en los lazos afectivos.

En conclusión, la investigación resalta la necesidad de fortalecer las relaciones familiares y promover políticas de protección social que permitan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y mitigar las situaciones de abandono y maltrato dentro del hogar.

Rubio (2012) en su tesis *Nivel de autoestima del adulto mayor y su relación con la percepción del maltrato, Hospital de Especialidades Básicas – La Noria Trujillo 2012*, presentó una investigación con un diseño no experimental, de corte transversal y tipo descriptiva-correlacional. Su estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de autoestima y la percepción del maltrato en adultos mayores, para lo cual se trabajó con una muestra de 60 adultos mayores.

Los resultados indicaron que el 90% de los participantes presentó un nivel alto de autoestima, mientras que el 10% reflejó un nivel bajo. En cuanto a la percepción del maltrato, el 56.7% manifestó una percepción baja de maltrato, mientras que el 43.3% reportó un nivel moderado. Dentro del grupo que percibió un nivel moderado de maltrato, el 23% presentó una autoestima baja y el 77% una autoestima alta, mientras que en aquellos que manifestaron una percepción baja de maltrato, el 100% evidenció un nivel alto de autoestima.

Estos hallazgos sugieren que la autoestima influye en la manera en que los adultos mayores perciben el maltrato, lo que resalta la necesidad de fortalecer su bienestar emocional y social a través de programas de apoyo psicosocial y estrategias de intervención familiar.

1.3 Objetivos

Objetivo general

Analizar los factores sociales que determinan el abandono del adulto mayor en un hospital de la seguridad social caso. Hospital Octavio Mongruth Muñoz. 2016-2018.

Objetivos específicos

Determinar la influencia del estatus como pensionista en el abandono del adulto mayor.

Determinar la influencia de la desintegración familiar en el abandono del adulto mayor.

1.4 Justificación

El envejecimiento es un proceso gradual que ocurre a lo largo de la vida e implica cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales progresivos. Estos cambios están determinados por interacciones dinámicas y continuas entre el individuo y su entorno

(Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2021, p. 1). En EsSalud HOMM 1, la vejez se desarrolla en un contexto de apatía, desinterés y abandono.

El abandono del adulto mayor se define como la negligencia y la falta de cuidado por parte de sus familiares, lo que tiene repercusiones graves en su bienestar psicológico y emocional. Esta falta de atención puede generar niveles profundos de depresión, pérdida de interés en la alimentación e incluso pensamientos suicidas. Además, es común que la enfermedad y la discapacidad estén acompañadas de soledad, abandono e inestabilidad económica, lo que coloca a los familiares en situaciones de crisis que, en muchos casos, conducen a la marginación del adulto mayor.

El presente trabajo pretende contribuir a la comunidad científica proporcionando información fidedigna y de fácil comprensión sobre el tema en mención. Esta investigación se lleva a cabo debido al incremento, observado en la práctica laboral, del abandono del adulto mayor por parte de sus familiares. Muchos de ellos enfrentan rechazo y malos tratos, acuden solos a consulta y expresan su angustia por la falta de comunicación con sus seres queridos. Asimismo, algunos permanecen hospitalizados por largos periodos sin recibir visitas, lo que genera conflictos familiares y, en consecuencia, abandono. Sin embargo, no existen estudios específicos que aborden esta problemática en el Hospital Octavio Mongrut Muñoz.

Los resultados de esta investigación permitirán al hospital identificar los factores que contribuyen al abandono del adulto mayor por parte de sus familiares. A partir de estos hallazgos, se podrán diseñar planes, programas y estrategias que beneficien a los adultos mayores más vulnerables, con el objetivo de reducir el abandono en el Hospital Octavio Mongrut Muñoz.

1.5 Hipótesis

Hipótesis general

H_i : El estatus del pensionista y la desintegración familiar influyen significativamente en el abandono del adulto mayor.

H_o : El estatus del pensionista y la desintegración familiar no influyen significativamente en el abandono.

Hipótesis específicas:

H_1 : El estatus de pensionista condiciona el abandono del adulto mayor.

H_{o1} : El estatus de pensionista no condiciona el abandono del adulto mayor.

H_2 : Si hay desintegración familiar el adulto mayor está abandonado.

H_{o2} : Si no hay desintegración familiar el adulto mayor no está abandonado.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases Teóricas

Desarrollo Humano

El desarrollo humano, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se centra en situar a las personas en el núcleo del progreso. Su objetivo es fomentar el máximo desarrollo de las capacidades individuales, ampliar las oportunidades disponibles y garantizar la libertad para que cada persona pueda llevar una vida que considere valiosa. La principal publicación que aborda este enfoque es el *Informe sobre Desarrollo Humano*, elaborado anualmente por el PNUD (PNUD, 2023).

El PNUD emplea dos indicadores clave para evaluar el desarrollo: el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que mide el progreso general de un país considerando la esperanza de vida, la educación y el nivel de vida; y el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), que analiza la pobreza desde diversas dimensiones, como salud, educación y condiciones de vida (PNUD, 2023).

Adicionalmente, se han desarrollado otros índices complementarios para un análisis más detallado:

- **Índice de Desarrollo Humano con Enfoque de Género (IDG):** elaborado a partir de 1996.
- **Índice de Potenciación de Género (IPG):** también desarrollado desde 1996.
- **Índice de Privación Material:** implementado en Gran Bretaña en 2010, este indicador integra la medición de la pobreza en términos de ingresos y carencia material, proporcionando una evaluación más exhaustiva en comparación con el *Suplemento de Medición de Pobreza* (SPM) propuesto en Estados Unidos en 2011.

Teoría de Maslow

Este enfoque introduce la *Teoría de la Motivación Humana*, la cual organiza las necesidades y factores que impulsan la conducta humana en una jerarquía de cinco niveles. Esta jerarquía sigue un orden ascendente, priorizando las necesidades según su urgencia para la supervivencia y su capacidad de motivación.

A medida que el ser humano satisface sus necesidades básicas, surgen otras que influyen en su comportamiento. Una vez cubiertas estas necesidades fundamentales, aparecen deseos más complejos y menos esenciales, los cuales comienzan a dominar la conducta. Cuando estas nuevas necesidades se satisfacen, emergen otras aún más sofisticadas, generando un ciclo continuo de búsqueda y satisfacción.

Este concepto refleja la idea central de la jerarquía de necesidades propuesta por Abraham Maslow, en la que las necesidades humanas se organizan en niveles, desde las más básicas, como las fisiológicas, hasta las más elevadas, como la autorrealización (Maslow, 1987, p. 17).

Las necesidades humanas se organizan en cinco categorías según Maslow: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y de autorrealización, siendo las fisiológicas las más básicas. Además, Maslow clasifica estas necesidades en dos grandes grupos: necesidades deficitarias (fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima) y necesidades de desarrollo del ser (autorrealización). La diferencia fundamental entre ambas radica en que las necesidades deficitarias están relacionadas con la carencia o falta de algo, mientras que las necesidades de desarrollo del ser implican crecimiento y autorrealización personal (Quintero, 2007, p. 2).

Según Quintero (2007) las necesidades se definen y clasifican de la siguiente manera:

- **Necesidades fisiológicas:** Son aquellas necesidades biológicas esenciales para la supervivencia, tales como el hambre, la sed, el sueño, la vestimenta, el refugio y la reproducción. Estas necesidades poseen un ciclo repetitivo y también se denominan *homeostáticas*, ya que contribuyen al equilibrio del estado corporal. La mayoría de ellas pueden satisfacerse con recursos económicos.
- **Necesidades de seguridad:** Una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, estas pasan a un segundo plano, dando paso a la búsqueda de seguridad personal, orden, estabilidad y protección. En este nivel, las personas buscan un entorno social y un gobierno estables que les brinden seguridad.
- **Necesidades de amor, afecto y pertenencia.** Cuando las necesidades anteriores han sido medianamente satisfechas, surgen aquellas relacionadas con el amor, el afecto y la pertenencia a un grupo social. Estas buscan contrarrestar sentimientos de soledad y alienación. Se manifiestan en la vida diaria cuando el individuo expresa el deseo de casarse, formar una familia, integrarse a una comunidad, pertenecer a una iglesia o participar en un club social.
- **Necesidades de estima.** Estas aparecen una vez cubiertas las tres primeras necesidades básicas y comprenden tanto la autoestima personal como el reconocimiento por parte de los demás, el logro individual y el respeto mutuo. Cuando estas necesidades son satisfechas, las personas suelen sentirse seguras y valiosas dentro de su entorno social; en caso contrario, pueden experimentar sentimientos de inferioridad y falta de autoestima.
- Maslow distingue dos tipos de necesidades de estima: una inferior, que implica el respeto y la admiración externa, incluyendo el estatus, la fama, el reconocimiento, la atención, la reputación y la dignidad; y otra superior, que se enfoca en el respeto interno, abarcando la confianza, la competencia, el logro, la maestría, la independencia y la

libertad (Quintero, 2007).

Las necesidades de autorrealización están en la cima de la jerarquía y se refieren a personas que cumplen con ciertos requisitos como concentración, toma de decisiones orientadas al crecimiento, conciencia de sí mismos y honestidad. Por otro lado, las necesidades de autotranscendencia implican promover una causa más allá del individuo, involucrándose en el servicio a otros, la búsqueda de ideales, la fe religiosa, la ciencia o la conexión con lo divino (Quintero, 2011).

Enfoque de Gerontología:

El creciente interés por comprender el proceso de envejecimiento ha dado origen al campo interdisciplinario de la gerontología. Esta disciplina se caracteriza por su enfoque científico en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez. Se estudia de manera sistemática cómo el envejecimiento afecta al individuo y cómo la población anciana influye en la sociedad, impactando su composición, políticas públicas y estilos de vida. Investigadores y profesionales de diversas disciplinas como biología, medicina, enfermería, odontología, psicología, sociología, economía, ciencias políticas y trabajo social se han sumado a la gerontología. Todas estas áreas contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida de las personas mayores (Quintero, 2011).

Envejecimiento: De acuerdo con *Oxford Languages* (2019), el envejecimiento es el proceso biológico por el cual los seres vivos experimentan el paso del tiempo, implicando una serie de cambios estructurales y funcionales que no son resultado de enfermedades ni accidentes, sino parte natural del transcurso de la vida.

El envejecimiento biológico se refiere a las transformaciones físicas que disminuyen la eficiencia del sistema de órganos del cuerpo, como los pulmones, el corazón o el sistema circulatorio. La causa principal del envejecimiento biológico es la disminución en la replicación

de células a medida que el organismo envejece cronológicamente. Otro factor es la pérdida de células que ya no se reproducen.

Lo que diferencia al envejecimiento de otros procesos biológicos es que el envejecimiento físico se produce gradualmente desde el interior del organismo, en lugar de ser causado por el ambiente externo. Además, tiene un impacto negativo en el funcionamiento físico y es universal, ya que las transformaciones físicas ocurren en todas las personas.

Senectud o Senescencia: Se considera el envejecimiento biológico normal. La mayoría de las funciones y capacidades humanas alcanzan su punto máximo entre los tres y veinte años, tras lo cual finaliza el desarrollo y comienza un período de estabilidad o declive. La senectud representa la última etapa de la vida, caracterizada por una mayor vulnerabilidad a enfermedades y un mayor riesgo de mortalidad. Se define como el conjunto de cambios estructurales y funcionales que experimenta el organismo debido al paso del tiempo. Según Pardo (2003) “de esa forma, se puede decir que el envejecimiento podría ser el precio que se paga por una óptima salud en edades tempranas del desarrollo” (p. 1).

Roles en la senectud: La diferenciación de roles en la senectud es una dimensión crucial tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la salud de los adultos mayores. El análisis de los roles sociales en el ámbito familiar permite identificar los procesos de interacción y comunicación entre los miembros, ofreciendo una perspectiva social que facilita la comprensión de la posición relativa de cada integrante dentro del sistema familiar.

Las personas se jerarquizan y clasifican según sus roles, basándose en ciertos patrones culturales institucionalizados o legitimados. La complementariedad entre los roles familiares de hombre, mujer, padre, hijo, abuelo, etc., no siempre implica la ausencia de conflicto, pero sí un mayor grado de funcionalidad para resolverlo, lo que resulta un indicador saludable de la configuración de las relaciones familiares. La familia adquiere una importancia central para la vida social, ya que su función socializadora proporciona el marco adecuado para la

definición y conservación de los contrastes humanos, asignando roles distintivos de manera objetiva pero interrelacionados de padre, madre e hijo. Y en el caso especial que nos ocupa, el del adulto mayor: esposo, padre, abuelo, bisabuelo. La familia se desarrolla a través de las diferencias individuales que existen entre sus miembros y las formas de vida cultural adoptadas.

El envejecimiento psicológico refleja los cambios que ocurren en los procesos sensoriales y perceptuales, habilidades motoras y en el funcionamiento mental. El envejecimiento cognitivo se refiere a una capacidad decreciente para asumir nueva información y la dificultad en aprender nuevos comportamientos. Mientras que el envejecimiento afectivo se refiere a la reducción en las capacidades adaptativas del individuo en relación con el entorno cambiante y la dinámica continua del hogar. Esto varía de una persona a otra y no ocurre a una edad o tiempo determinado en todos. Los cambios biológicos y psicológicos ocurren con el avance de la edad y están relacionados con el entorno social del individuo, afectando su comportamiento en congruencia con las actitudes, expectativas, motivación, autoimagen, funciones sociales, personalidad y ajustes psicológicos de la vejez.

El envejecimiento social se refiere a los hábitos sociales, roles cambiantes y las relaciones en el ámbito social. La dimensión sociológica del envejecimiento está relacionada con la sociedad en la que ocurre este proceso, la influencia que ejerce en las personas a medida que envejecen y el poder que, a su vez, adquieren en la sociedad. Cuando las personas envejecen cronológica, biológica y psicológicamente, sus funciones y relaciones sociales también se transforman, y la persona experimenta una disminución en sus interacciones sociales significativas. En el entorno social se define el significado de la vejez para una persona y si esa experiencia de envejecer será positiva o negativa.

Los cambios impuestos por los avances médicos, el entorno, la cultura, el estilo de vida y otras fuerzas externas no relacionadas con la edad también influyen en el proceso de

envejecimiento. Todos estos factores hacen que el envejecimiento sea un proceso individual y diverso. Por lo tanto, nadie envejece de la misma manera ni en lugar de otra persona. La vejez es una experiencia única y personal. Es tanto un fenómeno biológico como una construcción social. Con el envejecimiento, se pierde la capacidad de funcionar física y mentalmente, se genera una mayor dependencia social y se ve afectada la autoestima.

El Estado y su responsabilidad hacia el Adulto Mayor:

Es responsabilidad del Estado garantizar la salud de los ancianos, pero no ha dado prioridad a este grupo, quienes carecen de servicios eficaces de salud debido a la ausencia de centros completos que se encarguen de su atención, por lo tanto, deben recurrir a hospitales públicos que carecen de los recursos adecuados para proporcionarles una atención adecuada. El CAMIP cuida a los ancianos cubiertos por seguridad social, aunque también se ve desbordado por la cantidad de personas a las que atiende diariamente.

La perspectiva y compromiso del Estado hacia la población de personas mayores ha evolucionado con el paso de los años, debido al aumento de este grupo demográfico impulsado por varios factores que contribuyen a una mayor esperanza de vida. Entre estos factores se incluyen avances tecnológicos en salud, una mayor apertura en los programas de apoyo y desarrollo a nivel gubernamental y municipal, así como una mayor conciencia entre los jóvenes y adultos sobre la existencia de una población mayor que requiere cuidados. Esta situación motiva una reflexión sobre la responsabilidad hacia los adultos mayores. Los gobiernos desempeñan un papel crucial en el respaldo y mejora de la calidad de vida de las personas de la tercera edad mediante políticas específicas, leyes, programas de asistencia y campañas educativas para facilitar una vejez digna y estable. La responsabilidad social de los gobiernos implica invertir en el capital humano de los adultos mayores, gestionando estrategias que

reconozcan sus derechos prioritarios a la atención, junto con otros grupos como niños, personas con discapacidades, comunidades indígenas, mujeres y jefas de hogar.

La actuación del Estado frente al proceso de envejecimiento debería ser considerada como una tarea más dentro de sus responsabilidades, implementando medidas concretas para satisfacer las necesidades físicas, materiales, sociales, políticas y recreativas. Los gobiernos deben abandonar la visión tradicional del adulto mayor como alguien casi exclusivamente dependiente de cuidados médicos, y en su lugar, reconocerlos como individuos activos e integrados socialmente, promoviendo su participación como un aspecto fundamental.

Fisiopatología del Adulto Mayor

Un estudio publicado por expertos del Centro Geriátrico "Johns Hopkins" identifica tres condiciones vinculadas al proceso de envejecimiento, junto con los elementos del entorno como fundamentos fisiopatológicos.

Sarcopenia

Es la reducción de la masa muscular relacionada con la edad, parece ser el componente principal de este síndrome. Está vinculada con la disminución de la velocidad al caminar, la reducción de la fuerza de agarre, un aumento en las caídas y una menor capacidad para mantener la temperatura corporal. Estas consecuencias se deben principalmente a disfunciones neuroendocrinas e inmunológicas asociadas con el envejecimiento, así como a factores ambientales. La sarcopenia puede diagnosticarse evaluando la estatura, peso corporal, circunferencia de la cadera, fuerza de agarre y pliegues cutáneos.

Disfunción neuroendocrina

Se ha comprobado que durante el proceso de envejecimiento se presenta un desajuste en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis glándula suprarrenal, manifestado por:

- **Incremento del cortisol.** La producción de cortisol aumenta con la edad en hombres y mujeres. Niveles elevados de cortisol se asocian con la sarcopenia y una reducción en la resistencia a enfermedades infecciosas. Las mujeres tienden a tener niveles más altos que los hombres, lo que las hace más propensas a experimentar fragilidad.
- **Disminución de la hormona del crecimiento.** Esta hormona desempeña un papel crucial en el desarrollo y la preservación de la masa muscular a lo largo de la vida. Con el envejecimiento, su producción disminuye en ambos sexos, aunque los hombres tienden a mantener niveles más altos, lo que contribuye al desarrollo de la sarcopenia.
- **Disminución de la testosterona.** En los hombres, se observa una disminución gradual en la producción de testosterona a medida que envejecen, debido a un mal funcionamiento del eje hipotálamo-pituitario y a la disfunción testicular. La testosterona es crucial para mantener la masa muscular, y la reducción en su producción contribuye al desarrollo de la sarcopenia.
- **Disminución de los estrógenos.** Los niveles de estrógeno disminuyen drásticamente durante la menopausia, lo cual acelera la pérdida de masa muscular.
- **Disfunción inmune.** Con el envejecimiento, se observa un aumento en los niveles de citoquinas catabólicas como las interleucinas y el factor de necrosis tumoral, junto con una disminución en la inmunidad humoral. En los hombres, la testosterona limita la producción de estas citoquinas catabólicas, mientras que los estrógenos pueden aumentarlas, lo que contribuye a una mayor incidencia de fragilidad en las mujeres. Existen pruebas que sugieren que las diferencias en el sistema inmunológico, influenciadas en parte por los sexosteroides, hacen que los hombres sean más susceptibles a la sepsis, mientras que las mujeres lo son a los procesos inflamatorios crónicos y a la pérdida de masa muscular.

Marcadores Clínicos

Fried (2001) formuló una teoría de fragilidad en la que las manifestaciones clínicas del síndrome están interrelacionadas y pueden unificarse en un ciclo donde la presencia conjunta de sus elementos lo define como tal. Los individuos pueden comenzar a experimentar el síndrome en cualquier punto del ciclo, aunque principalmente por dos vías:

Debido a los cambios fisiológicos relacionados con la edad, como la anorexia asociada al envejecimiento y las alteraciones musculoesqueléticas, lo que conduce al desarrollo de sarcopenia.

Para clasificar la fragilidad, se estableció un criterio en el que los individuos no frágiles se categorizan con un puntaje de 1, aquellos en un grupo intermedio con 2 y los frágiles con 3. Aplicando estos criterios, se encontró una prevalencia del 7 % en una muestra de 5,317 personas mayores de 65 años, seguidas durante un período de 7 años. En una segunda muestra de 687 afroamericanos mayores de 65 años, estudiados simultáneamente durante 4 años, la prevalencia fue del 12 %.

Marcadores Biológicos

Varios estudios han establecido una relación entre el síndrome de fragilidad y los biomarcadores. Según Navarro (2017) y otros investigadores, existe una conexión significativa entre el estado de fragilidad y los marcadores de fase aguda, inflamación, metabolismo y coagulación. Se ha demostrado que los niveles de proteína C reactiva son más elevados en pacientes frágiles en comparación con los no frágiles, incluso después de excluir a aquellos con diabetes y enfermedades cardíacas. Además, se ha observado una asociación significativa entre un mayor riesgo de fragilidad y un incremento en los valores de proteína C reactiva.

Asimismo, se ha documentado que niveles elevados de factor VIII de coagulación y fibrinógeno están relacionados con el estado de fragilidad. En cuanto a los marcadores metabólicos, como insulina, glucemia, lípidos y proteínas, se han realizado estudios detallados.

La investigación indica que, en individuos no diabéticos, niveles elevados de insulina y glucemia, tanto en ayunas como después de dos horas de ingerir 75 g de glucosa, están notablemente vinculados con la fragilidad (Navarro, 2017, p. 72).

Según Navarro (2017) encontró que en la población frágil hay niveles más bajos de albúmina y colesterol en las lipoproteínas de baja densidad. Sugieren que reducir el riesgo de fragilidad está vinculado con aumentar los niveles de colesterol en las lipoproteínas de baja y alta densidad, así como del colesterol total. Además, después de excluir a los diabéticos y a los pacientes cardíacos, aquellos con niveles más altos de colesterol total y de lipoproteínas de baja densidad tienen menos probabilidad de ser frágiles. También afirman que la reducción de los niveles séricos de albúmina se asocia con un mayor riesgo relativo de mortalidad.

2.2 Marco Legal

El régimen del Decreto Ley 19990 o Sistema Nacional de Pensiones (SNP)

Este sistema beneficia a los trabajadores bajo el régimen de la actividad privada (Ley N.º 4916 – DL 728), a los obreros (Ley N.º 8433) y a los funcionarios y servidores públicos bajo el régimen de la actividad pública (Ley N.º 11377 / DL 276) que no están incluidos en el régimen del DL 20530. Se trata de un sistema de reparto, caracterizado por otorgar prestaciones fijas basadas en contribuciones no definidas, garantizando que las aportaciones colectivas de los trabajadores financien adecuadamente las pensiones.

Actualmente, la administración de este sistema está a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP). El Sistema Nacional de Pensiones (SNP) ofrece cinco tipos de prestaciones:

1. Jubilación
2. Invalidez
3. Viudez

4. Orfandad
5. Ascendencia

1. Pensión de jubilación.- También existen regímenes pensionarios específicos, como el del personal militar y policial de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales, así como la Caja de Beneficios Sociales del Pescador.

Régimen General: Edad de jubilación de 65 años o Años de aportación como mínimo 20 años.

- Tasa de aporte de 13% de la remuneración asegurable del trabajador o Monto mínimo de Pensión: S/. 415 o Monto máximo de pensión: S/. 857,36 o Se otorgaron pensiones dentro del régimen
- En general, se establecieron menos años de aportación, lo cual respondió a la necesidad de incluir ciertas cohortes de jubilados en un régimen transitorio.

Hasta 1992, se concedieron este tipo de pensiones, las cuales se conocieron como Pensiones Reducidas. Ahora exploraremos las escalas para estas pensiones.

Pensiones Reducidas: Montos mínimos

a) Para pensionistas de Derecho Propio:

- Con 20 años o más de aportación = 415 soles
- Con 10 años y menos de 20 años de aportación = 346 soles
- Con 6 años y menos de 10 años de aportación = 308 soles
- Con 5 años o menos de 5 años de aportación = 270 soles

b) Para pensionistas por derecho derivado (monto mínimo de suma de pensiones que el causante genere) 270 soles

c) Para Pensionistas por Invalidez 415 soles

Hay tres situaciones que determinan la pensión de un trabajador en el SNP:

Las pensiones de los trabajadores nacidos después del 1° de enero de 1947 se determinan según la Ley 27617 y el Decreto Supremo 099 – 2002 - EF. En este contexto, la pensión para los primeros 20 años de aporte es del 30%, 35%, 40% o 45% de la remuneración de referencia, dependiendo de si el trabajador tenía menos de 29 años, entre 30 y 39 años, entre 40 y 49 años, o entre 50 y 54 años al 14 de junio de 2002, respectivamente. Estos porcentajes aumentan en un 2% por cada año adicional de servicio después de los primeros 20 años, hasta llegar a un máximo del 100%. La remuneración de referencia se calcula como el promedio de las últimas 60 remuneraciones. En este escenario, se aplica una pensión mínima de 415.00 soles y un tope de 857,36 soles.

Para los trabajadores que cumplen los requisitos para adquirir derecho a pensión desde el 19 de diciembre de 1992 (es decir, que no alcanzaron los 60 años de edad y 15 años de aportación, o los 55 años de edad y 13 años de aportación para hombres o mujeres, respectivamente), se aplica lo estipulado en el Decreto Ley 25967. Según este decreto, la pensión por los primeros 20 años de aporte corresponde al 50% de la remuneración de referencia. La remuneración de referencia se calcula como el promedio de las últimas 36, 48 o 60 remuneraciones, según el número de años de aporte: 30 años o más, entre 25 y 29 años, o entre 20 y 24 años, respectivamente. Además, por cada año adicional de servicio, dicho porcentaje se incrementa en un 4%.

El Decreto Ley 25967 fijó un límite de 600 soles. Sin embargo, se decidió que este límite podría aumentarse mediante un D.S con la aprobación del Consejo de ministros. De este modo, el límite actual vigente es de 857,36 soles.

Finalmente, el régimen 'puro' establecido por el DL 19990 se aplica a aquellos que, al 18 de diciembre de 1992, cumplían con más de 15 años de aporte y tenían 60 años de edad en el caso de hombres, o 55 años de edad y 13 años de aportes en el caso de mujeres. Bajo este régimen, la pensión corresponde al 50% de la remuneración de referencia por los primeros 15

o 13 años de aporte, respectivamente para hombres y mujeres. Por cada año adicional de aporte, se incrementa en un 2% o 2,5% para hombres y mujeres, respectivamente. La remuneración de referencia se calcula como el promedio de las últimas 12, 36 o 60 remuneraciones, aplicándose la que sea más favorable para el trabajador.

Régimen de Jubilación Adelantada. Edad de jubilación: 55 para hombres o 50 para mujeres. Años de aportación: 30 para hombres o 25 para mujeres. Los trabajadores despedidos debido a reducción de personal o cese colectivo pueden optar por la jubilación adelantada con 20 años de aportes. La tasa de aporte es del 13 %. En cuanto a la pensión a otorgar, se basa en la pensión que el trabajador habría recibido bajo el Régimen General. Esta pensión se reduce en un 4 % por cada año de adelanto con respecto a la edad de jubilación establecida en dicho régimen.

Régimen Especial de Jubilación. Este régimen incluye a los asegurados nacidos antes del 1° de julio de 1931 en el caso de los hombres, y del 1° de julio de 1936 en el caso de las mujeres. Para calificar para este régimen, los trabajadores deben haber estado registrados en las Cajas de Pensiones de la Caja Nacional del Seguro Social o del Seguro Social del Empleado antes de la promulgación del Decreto Ley 19990 en abril de 1973. La cantidad de la prestación es equivalente al 50 % de la remuneración de referencia por los primeros 5 años completos de aportación. Por cada año adicional de aportación, esta tasa se incrementa en un 1,2 % para los hombres y un 1,5 % para las mujeres.

Otros regímenes de jubilación. Estos regímenes fueron establecidos para grupos específicos de trabajadores. Por ejemplo, los mineros, los obreros de construcción civil, los trabajadores marítimos, los periodistas, los curtidores y los pilotos, entre otros, tienen sistemas de jubilación con requisitos y beneficios particulares.

Pensión de invalidez.

Requisitos: La pensión por invalidez se otorga cuando el trabajador presenta una incapacidad física o mental que le impide ganar más de la tercera parte de la remuneración que recibiría otro trabajador en el mismo tipo de trabajo.

Alternativamente, también puede calificar aquel que haya recibido subsidio por enfermedad durante el tiempo máximo permitido y continúe en estado de invalidez.

Años de Aportación: En caso de que la incapacidad sea resultado de un accidente laboral o una enfermedad profesional, no se requiere un período mínimo de aportaciones. Solo se exige que el trabajador esté contribuyendo al sistema en el momento en que ocurra la invalidez. Dependiendo de los años de aportación, el trabajador puede tener derecho a recibir una pensión sin estar aportando en el momento de la incapacidad, sin importar su causa.

Pensión a otorgar: La pensión por invalidez corresponde al 50% de la remuneración de referencia. Si el trabajador cuenta con más de tres años de aportaciones, se considera un aumento del 1% por cada año completo que exceda de los tres años

Pensión de Viudez.

Requisitos: En el caso de los afiliados hombres que reciben una pensión, su cónyuge viuda tiene derecho a recibir dicha prestación. En cambio, en el caso de las afiliadas mujeres, el cónyuge solo puede optar por esta pensión si está en condición de invalidez o tiene más de 60 años. Además, el cónyuge debe haber dependido económicamente del pensionista.

Pensión a otorgar: El monto máximo de esta pensión es igual al 50% de la pensión que le hubiera correspondido al trabajador.

Pensión de Orfandad.

Requisitos: Tienen derecho a esta pensión los hijos menores de 18 años de un pensionista fallecido, así como los menores de 21 años que continúen estudiando. También califican los hijos inválidos mayores de 18 años.

Pensión a otorgar: El monto máximo de esta pensión equivale al 20% del monto de la pensión de invalidez o jubilación que el trabajador percibía o hubiera podido percibir. Si el trabajador tiene derecho a una pensión por invalidez, independientemente de la causa y sin estar necesariamente aportando al momento de la invalidez, puede cumplir con una de las siguientes condiciones: haber aportado durante 15 años o más; haber aportado más de 3 años pero menos de 15, con al menos meses de aportación durante los últimos 36 meses antes de la invalidez; o tener al menos 3 años de aportación, con al menos la mitad de estas realizadas durante los últimos 36 meses antes de la invalidez.

Pensión de Ascendientes.

Requisitos: Tienen derecho a esta pensión el padre y la madre del asegurado o pensionista fallecido, siempre y cuando tengan 60 años (padre) o 55 años (madre), o bien, se encuentren en estado de invalidez. Además, deben depender económicamente del trabajador fallecido y no percibir rentas que superen el monto de la pensión que les correspondería. No deben existir beneficiarios de pensión de viudez y orfandad; en caso de existir, podrán acceder a la pensión solo si después de descontar las pensiones de viudez y orfandad aún queda un saldo disponible de la pensión del afiliado fallecido.

Pensión a otorgar: El monto máximo de esta pensión para cada uno de los padres equivale al 20% del monto de la pensión de invalidez o jubilación que el trabajador percibía o hubiera podido percibir.

El reglamento de La Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social De Salud (Decreto Supremo N° 002-99-TR)

En el artículo 2 párrafo 9. En el artículo 2, párrafo 9 se menciona la 'Oferta Flexible', la cual se proporciona en los centros de atención de los Órganos Desconcentrados mediante Programas de Especialidades, y fuera de los hospitales a través de Policlínicos Itinerantes, Hospitales de Campaña, PADOMI, Servicios Contratados y Aló Essalud.

Al cierre del año 2011, la población peruana de 60 años o más, conocida como "Personas Adultas Mayores", ascendía a 2,620,460 habitantes, lo que equivalía al 8.8% del total nacional. En cuanto a la distribución por género, el 9.4% correspondía a mujeres y el 8.2% a varones. De acuerdo con las proyecciones del INEI, se estimaba que para el año 2015 la proporción de mujeres adultas mayores aumentaría al 10.3%, mientras que la de varones alcanzaría el 9%. Este fenómeno refleja una tendencia hacia la feminización del envejecimiento.

El proceso de envejecimiento influirá notablemente en las dinámicas familiares y sociales, así como en las relaciones de género e intergeneracionales. Por ello, es fundamental que la sociedad esté preparada para ofrecer una atención adecuada a este grupo poblacional, permitiéndoles continuar desempeñando un rol activo en sus comunidades. Garantizar su bienestar implica asegurarles el ejercicio pleno de sus derechos y deberes, promoviendo una vida digna y segura, en especial para aquellos en situación de vulnerabilidad.

En el Perú, el 61.4% de las personas adultas mayores ocuparon el rol de jefes o jefas de hogar. En las zonas rurales, este grupo representó el 13.4% de la población, superando el 12.2% registrado en las áreas urbanas. En Lima Metropolitana, los adultos mayores conformaron el 13.2% del total de habitantes.

Los departamentos con mayor proporción de población adulta mayor fueron Arequipa (9.85%), Moquegua (9.75%) y Lima (9.68%). En contraste, las regiones con menor porcentaje de personas adultas mayores fueron San Martín (5.95%), Loreto (5.63%) y Madre de Dios (4.2%).

Atención Domiciliaria de Essalud

La Atención Domiciliaria de Essalud es un servicio especializado que brinda cuidados en el hogar a pacientes que, debido a su condición, no pueden trasladarse a centros médicos. Su objetivo principal es mejorar la calidad de vida de los beneficiarios y garantizarles una atención integral y digna. Este servicio está dirigido a personas en situación de dependencia, es decir, aquellas que no pueden realizar de manera autónoma actividades cotidianas como movilizarse, vestirse, alimentarse, asearse y utilizar los servicios sanitarios. En este contexto, la familia desempeña un papel fundamental al brindar apoyo y asistencia en el cuidado del paciente.

El grupo beneficiario de la Atención Domiciliaria incluye a adultos mayores de 80 años, personas con dependencia funcional temporal o permanente, y pacientes con enfermedades terminales. Este servicio proporciona un seguimiento continuo de salud para enfermedades previamente diagnosticadas (PADOMI, 2019, p. 2).

2.3 Marco Referencial

El Abandono

Según la Organización Panamericana de la Salud, la negligencia o el abandono se refieren a la omisión de cuidados esenciales o al desamparo de una persona que depende de alguien con una obligación legal o moral hacia ella. Esta falta de atención puede ser tanto intencional como no intencional, afectando gravemente la calidad de vida de la persona en situación de vulnerabilidad.

Fragilidad

La fragilidad se define como un síndrome clínico y biológico caracterizado por la disminución de la resistencia y las reservas fisiológicas en los adultos mayores, lo que los hace más vulnerables ante situaciones estresantes. Este desgaste acumulativo de los sistemas

fisiológicos incrementa el riesgo de sufrir efectos adversos para la salud, como caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y mortalidad.

Este concepto abarca dos aspectos fundamentales:

1. **Disminución de reservas fisiológicas:** Se observa una reducción en la resistencia, la flexibilidad, la fuerza muscular, el equilibrio, el tiempo de reacción, la coordinación, la función cardiovascular, la audición, la visión, la nutrición y el rendimiento cognitivo.
2. **Mayor vulnerabilidad a efectos negativos:** Las personas frágiles presentan una respuesta desproporcionada ante situaciones estresantes de la vida diaria, lo que puede llevar a un deterioro funcional significativo.

Buchner y Wagner (1992) han propuesto que las modificaciones en varios sistemas fisiológicos, que incluyen la disfunción del sistema musculoesquelético, del control neurológico y del metabolismo energético, en presencia de un estímulo fisiológico, afectan el desarrollo de este trastorno. La mayoría de los investigadores concuerdan en que los síntomas clínicos más frecuentes son una reducción involuntaria del peso corporal, debilitamiento de la resistencia y de la fuerza muscular, problemas en el equilibrio y la marcha, y una disminución en la movilidad física.

Últimos estudios distinguen claramente entre fragilidad y discapacidad, términos frecuentemente empleados como sinónimos. La discapacidad se define como la incapacidad para llevar a cabo al menos una actividad diaria. Ambos conceptos comparten un incremento en su prevalencia con la edad avanzada y están asociados con un mayor riesgo de dependencia y mortalidad, pero se distinguen por tres aspectos fundamentales:

La discapacidad puede surgir debido a la disfunción de uno o varios sistemas fisiológicos, mientras que la fragilidad siempre se manifiesta como resultado de la disfunción de múltiples sistemas.

1. La discapacidad puede permanecer constante durante años, mientras que la fragilidad tiende a progresar con el tiempo.
2. La fragilidad puede afectar a un número considerable de adultos mayores que no experimentan discapacidad.

Los dos últimos aspectos justifican describir la fragilidad como una forma de discapacidad subclínica o preclínica. La fragilidad puede preceder a la discapacidad, independientemente de la presencia de enfermedades, y podría considerarse un precursor fisiológico y un factor etiológico de la discapacidad.

Según el fenotipo propuesto por Fried et al. (2001) se encontró que el 46 % de los individuos frágiles presentaban comorbilidades, el 6 % tenían discapacidad, el 22 % mostraban ambas condiciones (fragilidad con comorbilidad y discapacidad) y un 27 % eran frágiles sin otras condiciones asociadas.

El estado de fragilidad tiene un poder predictivo significativo en la aparición de consecuencias adversas para la salud, ya que las personas frágiles presentan una mayor incidencia de hospitalización, caídas y mortalidad. Este efecto persiste incluso después de ajustar por factores socioeconómicos, síntomas depresivos y discapacidad, lo que subraya que el síndrome de fragilidad representa un factor de riesgo independiente.

Para implementar estrategias de prevención efectivas, es fundamental diagnosticar el síndrome de fragilidad antes de la aparición de la discapacidad y la necesidad de institucionalización. En este sentido, los programas de prevención deben enfocarse en la promoción de la actividad física y en garantizar una ingesta equilibrada de nutrientes y micronutrientes.

Anciano frágil

En geriatría, el término *fragilidad* describe una condición de alto riesgo de deterioro que suele estar acompañada de alguna forma de incapacidad. Este concepto es lo

suficientemente descriptivo para referirse a un grupo de pacientes ancianos relativamente comunes en la práctica clínica diaria.

Estos pacientes se encuentran en un estado de equilibrio inestable, con riesgo de perder dicha estabilidad y desarrollar incapacidad y dependencia ante factores externos. Debido a su menor reserva fisiológica y resistencia frente a diversas agresiones, pueden experimentar pérdida de autonomía con mayor o menor rapidez.

Varios factores pueden influir en que una persona mayor entre en un estado de fragilidad. Según Genua (2002) estos factores incluyen tanto aspectos biológicos como sociales y ambientales, los cuales interactúan para acelerar el deterioro funcional del adulto mayor.

Situación social y soporte.

- Presencia de diversas enfermedades crónicas.
- Ubicación del paciente debido a necesidades de hospitalización o cuidados en instituciones residenciales.
- El estado funcional basal, que determina el grado de autonomía personal, es otro aspecto crucial.
- El Perdón

El verdadero perdón es un regalo gracioso que el ofendido otorga al ofensor. No implica olvido, ya que para perdonar es necesario recordar la ofensa. La reconciliación con el ofensor cobra sentido cuando existen lazos previos entre víctima y agresor. La capacidad de perdonar depende de cómo se percibe la ofensa, la historia previa, los valores y la visión de vida de la víctima, así como la actitud del ofensor. El perdón puede tener efectos psicológicos positivos, como liberarse del tormento pasado, mejorar la salud, alcanzar la paz interior y reconciliarse consigo misma.

Por otro lado, la solicitud de perdón del ofensor requiere reconocer el daño causado, sentir arrepentimiento, mostrar compasión hacia la víctima y pedir perdón, posiblemente acompañado de algún tipo de reparación. Esto puede ayudar a aliviar el malestar emocional experimentado. Es importante destacar que, en caso de que la ofensa sea un delito, el perdón de la víctima no exime al agresor de sus responsabilidades legales.

Trastorno Depresivo

La depresión en adultos mayores presenta una prevalencia del 1% en la población general; sin embargo, en grupos específicos, como los residentes en centros geriátricos, esta cifra puede aumentar significativamente hasta un 20-25%. Es fundamental realizar un diagnóstico diferencial preciso, ya que los síntomas depresivos pueden enmascarar el inicio de otras enfermedades.

Si bien los antidepresivos y la psicoterapia han demostrado ser efectivos en el tratamiento de la depresión en esta población, es común que los adultos mayores no reciban tratamiento o que este sea administrado en dosis insuficientes. Se estima que solo entre el 12% y el 25% de los ancianos con depresión acceden a una atención adecuada.

Este trastorno suele diagnosticarse de manera tardía y con poca frecuencia, en parte porque los adultos mayores afectados rara vez buscan ayuda médica. Además, la depresión en esta población puede manifestarse de forma atípica, a través de síntomas como quejas físicas inespecíficas, deterioro cognitivo, cambios conductuales sutiles, aumento de la irritabilidad, intolerancia o aislamiento social.

Escalas de valoración

Las escalas de valoración son herramientas útiles como complemento diagnóstico; sin embargo, no deben utilizarse como único criterio para emitir un diagnóstico. La Escala Geriátrica de Depresión (GDS) de Yesavage, en sus versiones completa y reducida, es especialmente adecuada para evaluar la depresión en personas mayores.

Tratamiento de la depresión

El tratamiento de la depresión en adultos mayores debe abordarse mediante la combinación de psicoterapia y psicofármacos. Esta estrategia ha demostrado reducir la tasa de abandono del tratamiento, mejorar la aceptación por parte de los pacientes y acelerar la mejoría de los síntomas.

Longevidad

La longevidad se define como la prolongación del ciclo de vida hasta alcanzar edades avanzadas. El incremento de la longevidad en la población mundial ha llevado a los gerontólogos a clasificar a las personas mayores en diferentes categorías según su edad, debido a la variabilidad que presentan. Robert Atchley sugiere categorizar a la población anciana en las siguientes categorías:

La longevidad se refiere a la extensión del ciclo de vida hasta alcanzar edades avanzadas. El aumento de la longevidad en la población mundial ha llevado a los gerontólogos a clasificar a las personas mayores en diferentes grupos según su edad, debido a la variabilidad que presentan.

Robert Atchley propone dividir a la población anciana en tres categorías: los "viejos jóvenes" de 65 a 74 años, quienes generalmente disfrutan de buena salud, son activos y utilizan sus recursos y talentos de manera significativa; los "viejos de mediana edad" de 75 a 84 años, que continúan siendo activos pero pueden enfrentar desafíos de salud; y los mayores de 85 años, quienes son más propensos a padecer enfermedades y limitaciones que afectan sus actividades diarias, requiriendo un mayor apoyo en diversas áreas para satisfacer sus necesidades básicas (Rubi, 2012).

Ambos grupos enfrentan dificultades con la disponibilidad de servicios especializados y la falta de políticas públicas adecuadas, especialmente en el ámbito de la salud.

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

El diseño del presente estudio es no experimental y de tipo descriptivo y de corte transversal ya que se describirá y determinará el grado de influencia que tienen el estatus como pensionista y la desintegración familiar en el abandono del adulto mayor.

3.2 Ámbito temporal y espacial

El trabajo se realizó en el hospital Octavio Mongrut Muñoz durante el año 2018, ubicado en Av. Parque de las Leyendas 255, Hospital Nivel I Octavio Mongrut Muñoz. Provincia: Lima. Distrito: San Miguel.

La unidad de análisis y observación fueron los adultos mayores del distrito de San Miguel que se atienden en el hospital Octavio Mongrut Muñoz durante el año 2018.

3.3 Variables

Variable	Definición	Indicador	Forma de cálculo	Posibles resultados	Escala	Forma de interpretar	Fuente
Estatus	Del lat. Status 'estado, condición'. 1. m. Posición que una persona ocupa en la sociedad o dentro de un grupo social. 2. m. Situación relativa de algo dentro de un determinado marco de referencia. El estatus de un concepto dentro de una teoría.	Nivel de vida	¿Trabaja?	<ul style="list-style-type: none"> • Si • A veces • No • 0-300> • 300-450 • 500-1000 • 1000 		<ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Dependiente • Extremadamente bajo • Bajo • Moderadamente bajo • Medio 	Encuesta personal
		Económico (Nivel de ingreso)	¿Cuánto gana?				
		Social (tipo de vivienda) Alquilada Propia Casa de reposo	¿Cuánto paga de alquiler? ¿Puede mantenerla? ¿Quién se lo paga?	<ul style="list-style-type: none"> • 500-700 • 800-1000 • Si • No • Hijos • Cónyuge <input type="checkbox"/> • Conocidos <input type="checkbox"/> Otros fam. • Él mismo 		<ul style="list-style-type: none"> • Renta baja • Renta moderada • Puede mantenerla • No puede mantenerla • Dependiente • Independiente 	Encuesta personal

Desintegración familiar	La desintegración familiar se manifiesta con la ruptura de los lazos principales que unen el núcleo familiar, situación que sin duda cobra influencia en el desarrollo de sus miembros, provocando así el quiebre en los roles de sus integrantes, por su incapacidad de desempeñarlos en forma consciente y obligatoria dando como resultado la insatisfacción de las necesidades primarias de sus miembros.	Abandono (frecuencia de visitas ,calificada por el hospital del caso; desligue de la familia)	¿Cada cuánto tiempo lo visitan? Frecuencia en la que se comunica con su familia ¿con quién vive?	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los días-1 vez c/semana más de 1 vez c/semana • Una vez al mes – 1 vez c/dos meses • 6 meses a más • Solo • Conyugue • Hijos • Nietos <input type="checkbox"/> Otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • No está abandonado • Parcialmente abandonado • Abandonado • Abandonado • No está abandonado • Parcialmente abandonado 	Encuesta personal
		Divorcio	Tipo de separación	Separación física Separación legal	Sin contacto marital Sin unión financiera	Encuesta personal
		Nivel de comunicación no asertiva	¿Cómo es la comunicación en casa?	<ul style="list-style-type: none"> • No se hablan • Se insultan • Se golpean • Se respetan 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiferencia familiar • Ofensas familiares (conflictos, discriminación) • Violencia • Hogar estable 	Encuesta personal

3.4 Población y muestra

Población total conformada por 8000 inscritos asignados al hospital Octavio

Mongrut Muñoz.

Muestra: Se encuentra conformada por 80 usuarios del hospital Octavio Mongrut Muñoz.

Para la obtención de la muestra se utilizó, el muestreo aleatorio simple en población finita, cuya fórmula es:

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

Donde:

n= El tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población. (100).

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z= Unidades de error estándar para un nivel de confianza del 96% (1,96).

e= Precisión en las mediciones 5% (0,05).

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

$$n = \frac{(100)0.5^2 1.96^2}{(100-1)0.05^2 + 0.5^2 1.96^2}$$

$$n = \frac{25 * 3.8416}{0.2475 + 0.9604}$$

n

$$n = \frac{96.04}{1.2079}$$

n

$$n = 79.50$$

Criterios de selección de muestra

➤ Criterios de inclusión en adultos mayores:

- Que vivan en el distrito de San Miguel.
- Asegurados en EsSalud que se atiendan en el hospital Octavio Mongrut Muñoz.
- Que aceptaron hacer la entrevista.

- Que vienen solos al establecimiento de salud.

- Criterios de exclusión en adultos mayores:
 - Que no vivan en el distrito de San miguel.
 - Que no son asegurados en EsSalud.
 - Que no aceptaron hacer la entrevista.
 - Que sufren de demencia senil.

3.5 Instrumentos

Como instrumentos de recolección de datos se utilizó un “cuestionario” en el que se usaron las variables requeridas. Que fue validado por la Magister Eulalia.

3.6 Procesamiento

Los procedimientos realizados para la encuesta fueron los siguientes:

Elaboración del instrumento: Se diseñó un cuestionario estructurado con preguntas relevantes para evaluar las experiencias y percepciones sobre el abandono del adulto mayor en el hospital.

Selección de la muestra: Se determinó la población objetivo y se seleccionaron participantes utilizando criterios específicos de inclusión y exclusión.

Aplicación de la encuesta: Las encuestas se realizaron de manera presencial o virtual, asegurando que los participantes comprendieran las preguntas y respondiendo cualquier inquietud.

3.7 Análisis de datos

Se analizó a través de Frecuencias y Porcentajes: Este método permitió identificar las proporciones de adultos mayores según las variables evaluadas, como con quién viven, la frecuencia de comunicación con sus familiares, y cada cuánto tiempo reciben visitas. Este análisis ayudó a describir las características y patrones de interacción familiar de los

participantes. Se realizó un análisis estadístico de las respuestas para identificar patrones y obtener conclusiones significativas sobre el abandono del adulto mayor en el hospital.

3.9 Consideraciones éticas

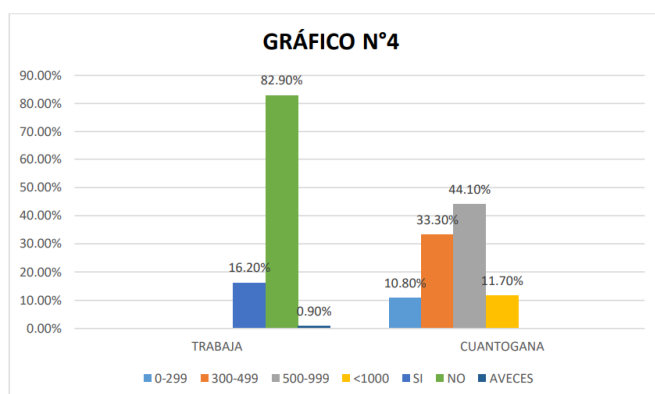
Las consideraciones éticas fueron esenciales en este estudio para proteger los derechos y el bienestar de los participantes adultos mayores. Se garantizó el consentimiento informado, explicando claramente los objetivos de la investigación, los procedimientos, y asegurando la voluntariedad de la participación. Además, se aseguró la confidencialidad y privacidad de la información proporcionada, evitando la divulgación de datos personales. El estudio también se llevó a cabo con respeto y sensibilidad, considerando la vulnerabilidad de los adultos mayores y evitando cualquier tipo de daño físico o psicológico. Finalmente, se obtuvo la aprobación de un comité ético antes de iniciar la recolección de datos para garantizar que el estudio cumpliera con las normas éticas establecidas.

IV. RESULTADOS

Status del pensionista:

Figura 1

Distribución de los adultos mayores que trabajan según el Porcentaje de cuánto ganan

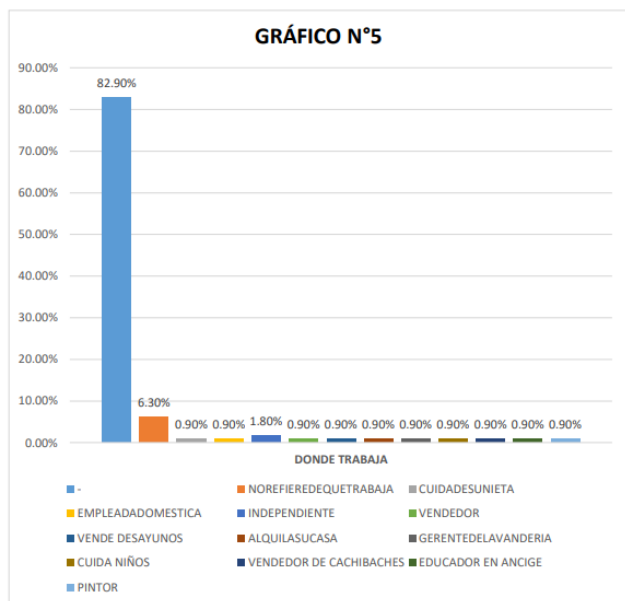


Fuente: Elaboración Propia

Nota: Los Adultos Mayores del Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz que aceptaron hacer la encuesta sostienen que no trabajan, predomina con un porcentaje de 82.9%, seguido de los que si trabajan con un porcentaje de 16.2%; en relación a CUÁNTO GANAN predominó los que ganan 500-999 soles con un porcentaje de 44.1%, seguido de quienes ganan 300-499 con un porcentaje de 33.3%.

Figura 2

Distribución de los Adultos Mayores según Donde Trabajan

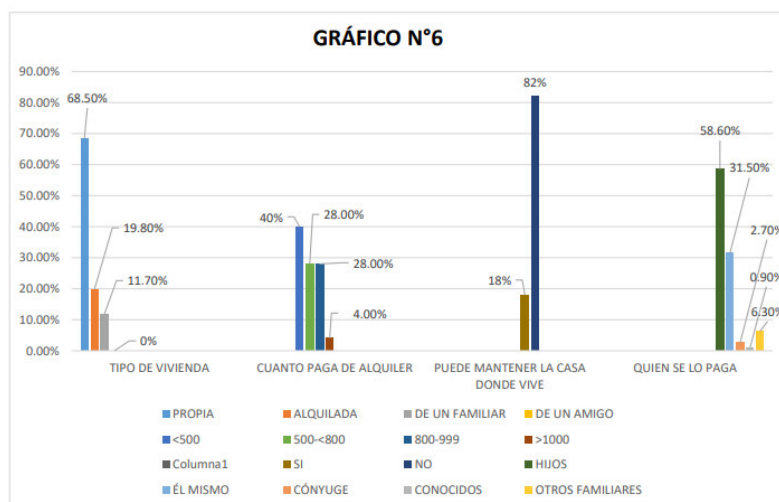


Fuente: Elaboración Propia

Los Adultos Mayores del Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz que aceptaron hacer la encuesta sostienen que no trabajan un porcentaje de 82.9, seguido de los que No refieren donde trabajan con 6.3% y finalmente quienes trabajan como independiente con el porcentaje de 1.8%.

Figura 3

Distribución de los adultos mayores según el Tipo de Vivienda



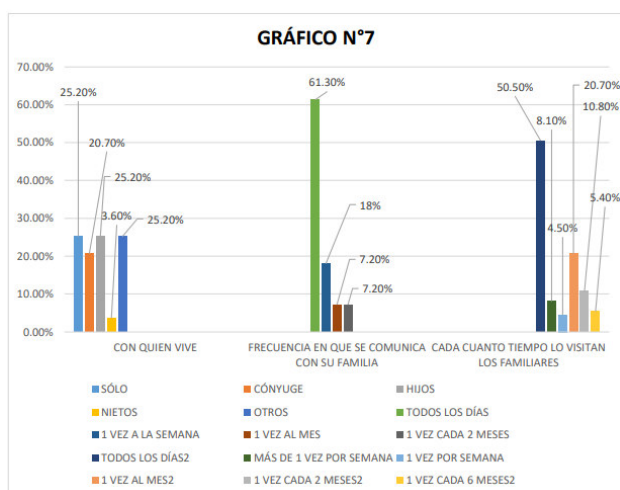
Fuente: Elaboración Propia

Los Adultos Mayores del Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz que aceptaron hacer la encuesta sostienen según el tipo de vivienda que quienes tienen casa propia predominaron con 68.5% seguido de los que viven pagando alquiler con 19.8%; Así mismo de quienes pagan alquiler, predominan los que pagan <500 con un porcentaje de 40%, seguido de quienes pagan 500-<800 y 800-999 soles con un 28% cada uno. En tanto que, según quienes pueden mantener la casa donde viven el 82% afirmó que SI. Independientemente de la variable anterior, los pacientes que asisten al hospital Octavio Mongrut Muñoz afirmaron que, quien les paga el alquiler son sus HIJOS con 58.6%, seguido de quienes se lo pagan ELLOS MISMOS con un 31.5%.

Integración o desintegración familiar del Pensionista

Figura 4

Distribución de los Adultos Mayores según con quien vive, Frecuencia en que se Comunica con su Familia y Cada Cuanto Tiempo lo Visitan los Familiares



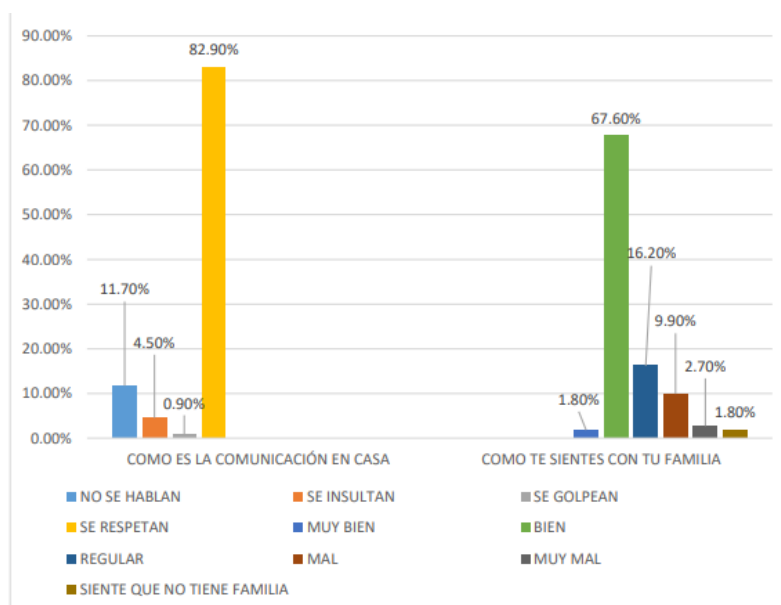
Fuente: Elaboración Propia

NOTA: Los Adultos Mayores del Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz que aceptaron hacer la encuesta sostienen que según la variable CON QUIEN VIVEN los que viven con su Cónyuge tienen un predominio de 25.7%, seguido de los que viven solos, con hijos y otros familiares con 25.2% cada uno; Así mismo, según la frecuencia en que se comunica con su familia predominó quienes lo hacen Todos los días con un porcentaje de 61.3%, seguido de quienes lo hacen 1 vez a la semana con un porcentaje de 18%.

En tanto que, según la variable cada cuanto tiempo lo visitan los familiares predominó quienes lo Hacen todos los días en 50%, seguido de quienes lo hace 1 vez al mes con un 20.7% y con quienes lo hacen 1 vez cada 2 meses con un porcentaje de 10.8%.

Figura 5

Distribución de los Adultos Mayores según Cómo se Sienten y Cómo es la Comunicación en Casa



Fuente: Elaboración Propia

Nota: Los Adultos Mayores del Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz que aceptaron hacer la encuesta sostienen que según la variable CÓMO ES LA COMUNICACIÓN EN CASA predominó quienes se comunican con respeto con un porcentaje de 82.9%, seguido de los que no se hablan con un porcentaje de 11.7%; Así mismo, según la variable COMO TE SIENTES CON TU FAMILIA predominó quienes se sienten Bien con un porcentaje de 67.6%, seguido de quienes se sienten Regular con un porcentaje de 16.2%.

Contrastación de Hipótesis:

ESTIMADOR ESTADÍSTICO

Para comprobar las hipótesis se utilizó la prueba de Chi-cuadrado (X^2) que permite determinar si el conjunto de frecuencias observadas se ajusta a un conjunto de frecuencias esperadas o teóricas, se aplica la fórmula:

Donde:

$$X^2 = \frac{(O - E)^2}{E}$$

O = Datos observados

E = Datos esperados

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN Y REGLA DE DECISIÓN

Nivel de significación: 0.05

Grados de libertad: $GL = (\text{filas} - 1)(\text{columnas} - 1)$

Se rechaza la hipótesis nula si el valor a calcularse de X^2 es mayor al valor de X^2 tabla (en anexos); caso contrario se acepta.

Hipótesis específica 1:

H_1 : El estatus de pensionista condiciona el abandono del adulto mayor.

H_0 : El estatus de pensionista no condiciona el abandono del adulto mayor.

Tabla 1*Visita de los familiares**Frecuencias Observadas y Esperadas*

		¿CADA CUANTO TIEMPO VISITAN LOS FAMILIARES						Total
		Todos los días	Más de 1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por mes	1 vez cada 2 meses	1 vez cada 6 meses	
¿Quién se lo paga?	HIJOS	36	8	2	15	2	2	65
	EL MISMO	15	0	3	5	9	3	35
	Cónyuge	2	1	0	0	0	0	3
	Conocidos	0	0	0	0	1	0	1
	Otros Familiares	3	0	0	3	0	1	7
Total		56	9	5	23	12	6	111

Fuente: Propio

Tabla 2*Cálculo Del Chi Cuadrado*

O	E	$\frac{O - E}{E}$
36	32.792	0.31383459
15	17.657	0.39982154
2	1.513	0.15675413
0	0.504	0.504
3	3.531	0.07985302
8	5.27	1.41421252

0

2.837

2.837

1	0.243	2.35822634
0	0.081	0.081
0	0.567	0.567
2	2.927	0.29358695
3	1.576	1.2866599
0	0.135	0.135
0	0.045	0.045
0	0.315	0.315
15	13.468	0.17426671
5	7.252	0.69932488
0	0.621	0.621
0	0.207	0.207
3	1.45	1.65689655
2	7.027	3.59623296
9	3.783	7.19457811
0	0.324	0.324
1	0.108	7.36725926
0	0.756	0.756
2	3.513	0.65162795

3	1.891	0.65038657
0	0.162	0.162
0	0.054	0.054
1	0.315	1.48960317
ΣX^2		36.39112515

Fuente= Propio

Nivel de significación: 0.05

Grados de libertad: $GL = (\text{filas} - 1)(\text{columnas} - 1) = (5 - 1)(6 - 1) = 4 \times 5 = 20$

$\Sigma X^2 > X^2 T = 36.39 > 31.41$

Hipótesis específica 2:

H₂: Si hay desintegración familiar el adulto mayor está abandonado.

H₀₂: Si no hay desintegración familiar el adulto mayor no está abandonado.

Preguntas para la comprobación de la hipótesis:

Pregunta N° 9: ¿Cada cuánto tiempo lo visitan los familiares?

Pregunta N° 11: ¿Cómo es la comunicación en casa?

Tabla 3

Frecuencias Observadas y Esperadas

	¿CADA CUANTO TIEMPO LO VISITAN LOS FAMILIARES						Total
	Todos los días	Más de 1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez por mes	1 vez cada 2 meses	1 vez cada 6 meses	

¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN EN CASA?	No se hablan	1	0	1	4	4	3	13
	Se insultan	3	1	0	0	1	0	5
	Se golpean	0	0	0	0	1	0	1
	Se respetan	52	8	4	19	6	3	92
Total		56	9	5	23	12	6	111

Fuente: Propio

Tabla 4*Cálculo Del Chi Cuadrado*

O	E	$\frac{(O - E)^2}{E}$
1	6.55	4.70267176
3	2.52	0.09142857
0	0.5	0.5
52	46.41	0.67330532
0	1.05	1.05
1	0.4	0.9
0	0.08	0.08
8	7.45	0.04060403
1	0.58	0.30413793
0	0.22	0.22
0	0.04	0.04
4	4.14	0.0047343
4	2.693	0.63432937
0	1.036	1.036
0	0.207	0.207
19	19.063	0.0002082

4	1.405	4.79290036
1	0.54	0.39185185
1	0.108	7.36725926
6	9.945	1.5649095
3	0.702	7.52251282
0	0.27	0.27

0	0.054	0.054
3	4.972	0.78213677
ΣX^2		33.22999004

Fuente: propio

Nivel de significación: 0.05

Grados de libertad: $GL = (\text{filas} - 1)(\text{columnas} - 1) = (4 - 1)(6 - 1) = 3 \times 5 = 15$

$$\Sigma X^2 > X^2 T = 33.22 > 24.99$$

Interpretación:

En la hipótesis específica 1; al obtener este resultado $\Sigma X^2 > X^2 T = 36.39 > 31.41$, se determina que la hipótesis nula es rechazada, en tanto que se acepta la hipótesis alternativa que enuncia que: “El estatus de pensionista condiciona el abandono del adulto mayor”.

En la hipótesis específica 2; al obtener el resultado $\Sigma X^2 > X^2 T = 33.22 > 24.99$; se deduce que la hipótesis nula es rechazada, en tanto que se acepta la hipótesis alternativa que enuncia que: “Si hay desintegración familiar el adulto mayor está abandonado”.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De los resultados de la tabla N°5 (ANEXO), Se advirtió que de los Adultos Mayores del Hospital Octavio Mongrut Muñoz, que viven solos el 57.1% es visitado por sus familiares entre 1 vez al mes y 1 vez cada 2 meses, lo que coloca a esta población en un estado parcial de abandono, así mismo, se observó, que la población que recibe 1 visita cada 6 meses o más, el 50% pertenece al grupo de adultos mayores que viven en soledad, lo que los coloca en un estado de abandono absoluto. siendo contrario el caso de quienes viven con algún familiar quienes reciben visitas todos los días en un porcentaje de 62.65%. estos resultados concuerdan con lo que dijo Blouin, (2018, p.60) en su investigación La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política, donde dice que se debe advertir que el 20,4% de hogares con PAM son unipersonales, con esto se refiere a que el adulto mayor vive solo según los datos obtenidos (INEI. 2018, p.3) lo que nos señala la existencia de “situaciones de abandono y soledad”. Con respecto a esto último, se debe mencionar que se considera que, “tanto el abandono como el abuso financiero contra las PAM, son en nuestro medio una forma común de maltrato hacia ellos y ellas” según el (MIMP, 2013, pp. 30-31).

De los resultados de la tabla N°6 (ANEXO) se observó que de los Adultos Mayores del Hospital Octavio Mongrut Muñoz, que de los que no se hablan con sus familiares el 61.5% viven solos (38.5% viven con su familia), así mismo, quienes se insultan con sus familiares resultó que el 40% de también viven solos (60% viven con algún familiar), estos resultados se sustentan en lo que dice la OMS (2020), que el hecho de compartir la vivienda es un factor de riesgo para el maltrato de las personas mayores. Aunque aún está por determinarse si son los cónyuges o los hijos adultos de las personas mayores quienes tienen más probabilidades de perpetrar estos actos, estos dos últimos se mencionan en la investigación cada uno con un porcentaje de 20% quienes viven con el adulto mayor y que se insultan cuando se comunican.

y por último están los adultos mayores que afirman que en casa se golpean cuando se comunican y de estos el 100% viven solos, lo que nos lleva a confirmar que la desintegración familiar es un factor que influencia significativamente el abandono del adulto mayor. Y esto lo respalda en gran manera lo que Félix (2020) mencionó: “las familias disfuncionales pueden condicionar desinterés, mala atención o abandono del adulto mayor” y que “la violencia se observa en las calles, en los lugares de trabajo, en las escuelas y más aún en lugares tan privados como el seno del hogar” (p. 1). De acuerdo con la OMS, el maltrato a personas mayores constituye un importante problema de salud pública. Según un estudio de 2017 que revisó la mejor evidencia disponible de 52 investigaciones en 28 países, incluyendo 12 países de ingresos bajos y medianos, se encontró que el 15,7% de las personas de 60 años o más fueron objeto de alguna forma de maltrato en el último año.

Este tipo de maltrato puede resultar en lesiones físicas que van desde rasguños y moratones menores hasta fracturas óseas y lesiones craneales graves, que pueden causar discapacidades y secuelas psicológicas severas como depresión y ansiedad, las cuales a menudo son de larga duración. Debido a que las personas mayores son más frágiles, incluso lesiones relativamente menores pueden ocasionar daños graves y permanentes, e incluso llevar a la muerte. Un estudio de seguimiento realizado durante 13 años reveló que los ancianos víctimas de maltrato tienen el doble de probabilidades de morir en comparación con aquellos que no han sufrido maltrato.

De los resultados de la tabla N°7 (ANEXO) resultó que de los Adultos Mayores del Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz, el 53% de los adultos mayores que no se hablan con sus familias tenían entre 80-89 años, además el 60% de los adultos mayores quienes se insultan con sus familiares resultó que tenían entre 70-79 años y por último el

100% de los adultos mayores que reportaron que se golpean con sus familiares resultó tener entre 80-89 años. Estos resultados son avalados por Blouin (2018) en su investigación; La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política indica que el PLANPAM 2013-2017 ha identificado diversas problemáticas entre los adultos mayores, como la falta de acceso a servicios de salud y a pensiones, así como bajos niveles de participación social, y casos de violencia y discriminación por motivos de edad (MIMP 2013: 24 - 31). Asimismo, citaremos a Elsevier (2020), cuando mencionan el estado en el que se encuentran las personas a partir de los 70 años donde reportan que se observa el problema de la fragilidad el cual es un factor de riesgo para los malos tratos y el abandono que es prevalente en personas de esta edad, que confiere una exposición de discapacidad y dependencia.

De los resultados de la tabla N°8 (ANEXO) se observó que de los Adultos Mayores del Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz, que sólo el 19% los adultos mayores que son visitados todos los días son aquellos que no pueden valerse por sí mismos, así mismo, se advirtió que el 22% de los adultos mayores que son visitados entre 1 vez al mes y 1 vez cada 2 meses tampoco pueden valerse por sí mismos, advirtiendo que estos están en un estado parcial de abandono. Estos resultados se apoyan en lo que menciona el Dr. Félix (2020) en su estudio; “persona mayor frágil: detección y manejo en atención primaria” (p. 1), donde hace hincapié, que los profesionales de la salud del primer nivel de atención deberían identificar los factores que pueden llevar al abandono en los adultos mayores, así como las enfermedades crónico-degenerativas que pueden desgastar al cuidador y, por ende, afectar a toda la familia, llevando al abandono del anciano. En la vejez, es común que exista algún grado de discapacidad, especialmente en el área motora, lo cual puede dificultar el apoyo familiar necesario y, como consecuencia, resultar en el abandono del anciano.

Los resultados de la Tabla N°9 (ANEXO) del Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz muestran que el 83% de los adultos mayores que son visitados una vez cada

6 meses o más son mujeres, y que el 54.2% de aquellos visitados entre una vez al mes y una vez cada 2 meses también son mujeres. Estos hallazgos se respaldan en la investigación de Ruiz (2020), que aborda la violencia intrafamiliar, la cual incluye actos de maltrato físico, psicológico, sexual o abandono cometidos por miembros de la familia, basados en el poder ejercido o en características como el sexo, la edad o la condición física.

El informe de la OMS (2020) sobre el maltrato a personas mayores, menciona factores individuales que aumentan el riesgo de maltrato, incluyendo el sexo de la víctima y la convivencia. Aunque los hombres también enfrentan riesgos de violencia, en algunas culturas las mujeres mayores, especialmente después de enviudar y debido a una posición social inferior, están particularmente expuestas al riesgo de negligencia y abuso económico (como el despojo de sus propiedades). Estas mujeres también son más propensas a sufrir formas más persistentes y graves de maltrato y lesiones.

Los hallazgos de Blouin (2018) indican que el 82.6% de las mujeres adultas mayores presentan alguna patología crónica como artritis, hipertensión, asma, reumatismo o diabetes, mientras que el 69.9% de los hombres adultos mayores enfrentan afecciones similares. Además, según el INEI (2018), las mujeres adultas mayores en áreas urbanas son el grupo más afectado por estos problemas de salud.

Es preocupante que los Centros de Emergencia Mujer (CEM) del MIMP hayan reportado 5,594 casos de violencia contra personas adultas mayores durante 2017, con 3,157 casos reportados solo entre enero y marzo de 2018 (MIMP 2018). Del total de estos casos, 2,336 (74%) corresponden a mujeres. Es importante mencionar que los principales agresores en los tipos de violencia económica, psicológica y física son descendientes de la persona adulta mayor según el MIMP (2018, p. 4).

De los resultados de la tabla N°10 (ANEXO) se observó que de los Adultos Mayores del Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz, que el 69% de los adultos

mayores que no se hablan con su familia ganan entre 500-999 nuevos soles, en tanto que, quienes reportaron que se insultan el 60% ganan entre 300-<500 nuevos soles, así mismo el 100% de los que se golpean afirman que ganan entre 300-500 nuevos soles. Lo que demuestra que la desintegración familia acompañada con un baja estatus económico es una causa importante de abandono y maltrato en esta población de adultos mayores. Estos resultados son respaldados por el Dr. Félix (2020) en su investigación; “persona mayor frágil: detección y manejo en atención primaria”, México, donde menciona que las víctimas de violencia tienen en común su vulnerabilidad las cuales obedecen a diversos factores como: su dependencia económica, su desvinculación del medio socioeconómico y edad. Del mismo modo citamos a Osorio (2007) que en su estudio “abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF HIDALGO”, donde el 69% de la población de su investigación eran personas no económicamente activas, debido a que padecían de alguna patología que los convertía en personas dependientes con un alto riesgo a ser violentadas, menciona también que el maltrato está estrechamente ligado al desamor y que este se trata de disfrazar con excusas egoísta y fútiles; lo que lo convierte en la base de la desintegración familiar, de la degradación humana y por sobre todo del sufrimiento silencioso en la vejez de miles de ancianos.

De los resultados de la tabla N°11 (ANEXO) se advirtió que de los Adultos Mayores del Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz, que el 35% de los que viven solos ganan entre 300-<500, seguido del 35% de los que viven con sus hijos también ganan 300-<500, y por último de los que ganan entre 0-<300 el 33.3% vive solo, el 33.3% vive con sus hijos y el ultimo 33.3% vive con otros familiares según lo reportado entre sobrinos y yernos. Estos resultados son respaldados por Payhua (2016) que en su tesis titulada; “abandono del adulto mayor por el núcleo familiar del programa "CIAM",- Huancayo 2013” Sostiene que los adultos mayores de su investigación se encuentran en una situación de abandono material, dado que el 52% no recibe apoyo económico de su familia y el 68% no

vive con sus hijos. Además, sus ingresos económicos oscilan entre el 38% de los adultos mayores con ingresos de S/. 301.00 a S/. 600.00 nuevos soles.

Se menciona también el estudio de Roldan (2007) titulado "Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familias en la comunidad de Hermanitas Descalzas", donde se afirma que los adultos mayores carecen de apoyo económico debido a que sus hijos no disponen del dinero necesario para apoyarlos adecuadamente.

De los resultados de la tabla N°12 (ANEXO) se observó que de los Adultos Mayores del Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz, que el 72% que se sienten regular con su familia no trabajan y de los mismo el 38.4% se comunican con su familia entre 1 vez al mes y 1 vez cada 2 meses, colocándolos en un estado parcial de abandono, dependencia y desintegración familiar; del mismo modo se encontró que el 72.7% que se siente mal con su familia no trabajan y que de los mismos el 25% es visitado 1 vez cada 6 meses o más; así también el 50% que sienten que no tienen familia no trabajan y de los mismos el 100% es visitado 1 vez cada 2 meses; y por último el 66.6% de los que se sienten muy mal con respecto a su familia no trabajan y de los mismos el 50% refiere que se comunican con su familia 1 vez cada 6 meses o más. Lo que nos demuestra que el hecho de que el adulto mayor sea dependiente de una renta baja y que no trabaje lleva a que reciba malos tratos por parte de sus familiares dejándolos abandonados. y estos resultados son respaldado por Osorio (2007) que en su tesis "abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF HIDALGO", cuando dice que son víctimas de violencia o malos tratos es porque generalmente son más dependientes a comparación de quienes son menos maltratados y esto es porque el maltratador detecta que este tiene menos poder por lo que no siente temor de que sus acciones le ocasionen problemas en el futuro. Sin embargo, también menciona los lazos que poseen los ancianos que los unen con su maltratador los cuales pueden ser emocionales, aunque frecuentemente son económicos, pero en general se debe a que tienen una dependencia social,

psicológica y económica. Asimismo, citamos las cifras recogidas por el INEI (2018) que nos muestran que en el Perú las personas que no son económicamente activas representan el 41.8% siendo que las mujeres representan el 51.9% por lo que se deduce que estas son una población con alto riesgo a ser abandonado o sufrir de malos tratos.

De los resultados de la tabla N°13 (ANEXO) se advirtió que de los Adultos Mayores del Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz, que el 32% de los adultos mayores a quienes le paga la mantención de donde viven son sus hijos viven, con sus hijos y el 20% viven ya sean familia o amigos; del mismo modo 21% viven solos; en tanto que el 34% de quienes ellos mismos se pagan la mantención del lugar donde viven, viven solos y el 22% viven con sus cónyuges, a su vez el 22% viven con otros ya sean familiares o conocidos; sin embargo el 100% de los adultos mayores a quienes sus conocidos le pagan el lugar donde viven, no viven con sus familiares. Y por último el 71% a quienes otros familiares les pagan el lugar donde viven, viven con otros ya sean familiares o conocidos. y estos resultados son respaldado por Osorio (2007) que en su tesis “abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF HIDALGO”, cuando menciona los datos de los hogares de las personas de la tercera edad, donde reporta que 38% de la ciudad presentaban hogares donde solo tenían como integrante a un adulto mayor y que el restante 62% los hogares vivían con su familia, lo que da a entender que tanto el abandono como el convivir con los familiares conlleva los riesgos de recibir malos tratos. Así mismo como menciona la OMS (2020) en su informe “maltrato de las personas mayores” donde menciona que “Compartir la vivienda es un factor de riesgo para el maltrato de las personas mayores”.

De los resultados de la tabla N°14 (ANEXO) se observó que de los Adultos Mayores del Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz, son del sexo femenino el 29% vive solo(ósea, que el 71 % vive con algún familiar o conocido) y no se habla con su familia, de igual manera del sexo femenino se observó que el 5,8% también vive solo y reportaron que

en la comunicación en casa se golpean; y por último del sexo femenino el 5.8% viven solos y afirmaron que en la comunicación en casa se insultan. A diferencia de lo adultos mayores que son del sexo masculino el 27.2% viven solos y no se hablan con su familia, de los mismos el 7% que viven con sus hijos reportaron que en la comunicación en casa se insultan y por último ningún varón reportó que se golpeaban. Este estudio está respaldado por la OMS (2020) en su informe “maltrato de las personas mayores” en el contexto mencionado, se destaca que entre los factores de riesgo individuales que pueden aumentar la exposición a malos tratos se encuentran el sexo de la víctima y el hecho de compartir vivienda. En muchas culturas, las mujeres enfrentan una posición social inferior, lo que las hace más vulnerables a la negligencia y los malos tratos. Además, cuando existen antecedentes de relaciones familiares disfuncionales, la situación puede empeorar debido al estrés adicional que surge cuando aumenta la dependencia de la persona mayor.

Del mismo modo mencionaremos a Osorio (2007) que en su tesis “abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF HIDALGO”, tipifica el rostro de un adulto mayor maltratado u abandonado con el de una mujer de 75 años en adelante, ya que se muestra frágil, viuda e incapaz de ser económicamente independiente, con ciertos impedimentos físicos o mentales, que vive en su propia casa con su cónyuge o sus familiares. Se define también otra forma activa de maltrato el cual sería el abuso emocional o psicológico, el cual viene con una presentación de hostilidad verbal donde se incluyen gritos, insultos, burlas, amenazas de abandono, desvalorización, entre otros; que puede llegar hasta el aislamiento del adulto mayor por parte de algún miembro de la familia.

VI. CONCLUSIONES

- a. En base a los datos obtenidos determinamos que existe una relación estadísticamente significativa entre el status económico y la desintegración familiar sobre el abandono del adulto mayor que se atiende en el Hospital de la Seguridad Social Octavio Mongrut Muñoz durante el año 2018.
- b. Debido a los datos que se encontraron en la tabla N°12 que nos advierte que el 72.7% de los adultos mayores que se siente mal con su familia no trabajan y que de los mismos el 25% es visitado 1 vez cada 6 meses o más; así también el 50% de los adultos mayores que sienten que no tienen familia, no trabajan y de los mismos el 100% es visitado 1 vez cada 2 meses; y por último el 66.6% de los que se sienten muy mal con respecto a su familia no trabajan y de los mismos el 50% refiere que se comunican con su familia 1 vez cada 6 meses o más, lo cual significa que debido al hecho de no trabajar, el adulto mayor es abandonado.
- c. Del mismo modo, se determinó que la desintegración familiar tiene una influencia significativamente en el abandono del adulto mayor debido a los resultados de la tabla N° 6, cuando nos muestra que, de los que no se hablan con sus familiares el 61.5% viven solos, así mismo, quienes se insultan con sus familiares resultó que el 40% de también viven solos.

VII. RECOMENDACIONES

- a. Fortalecer redes de apoyo familiar y comunitario: El Estado, en colaboración con organizaciones sociales, podría fomentar iniciativas que incluyan visitas domiciliarias regulares y actividades de integración, ayudando a reducir el aislamiento y el abandono.
- b. Mejorar la capacitación en el cuidado de adultos mayores: Capacitar a familiares, cuidadores y personal de salud en la atención especializada a personas mayores, particularmente en el manejo de enfermedades crónicas y degenerativas.
- c. Fomentar políticas públicas enfocadas en la inclusión social: Es necesario que el Estado desarrolle políticas dirigidas a garantizar la inclusión y protección de los adultos mayores, con énfasis en aquellos que viven solos.
- d. Fortalecer los mecanismos de denuncia y protección.: Es esencial facilitar canales accesibles para que los adultos mayores o sus allegados puedan denunciar situaciones de abandono o maltrato.

VIII. REFERENCIAS

- Atchley, R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging: Creating positive experiences*. Johns Hopkins University Press.
- Blouin, C. (2018). *La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
https://idehpucp.pucp.edu.pe/lista_publicaciones/la-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-en-el-peru-camino-a-una-nueva-politica/
- Bosch, M. (2017). *La conciliación y el adulto mayor: Salud, pensiones y cuidado*. ResearchGate. <https://www.researchgate.net/publication/319711869>
- Buchner, D. (1992). Prevenir la salud frágil. *Clínicas de Medicina Geriátrica*, 8(1), 1–18.
[https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(18\)30494-4](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(18)30494-4)
- Cabrera, N. (2015). *Necesidades de los adultos mayores, atendidos por la oficina de protección de derechos del adulto mayor, víctimas de maltrato psicológico* [Tesis de licenciatura, Universidad Alberto Hurtado].
<http://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/7471>
- Carmona, J. (2015). *Estudio de abuso en ancianos vulnerables en la familia y la comunidad en España (Andalucía-Córdoba), Portugal (Oporto, Azores) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra). Estudio comparativo*. Universidad de Córdoba.
<http://hdl.handle.net/10396/13170>
- Coalición por la Corte Penal Internacional. (4 de octubre de 2016). ¿Qué es la Declaración Universal de los Derechos Humanos?
<http://www.coalitionfortheicc.org/es/news/20161004/que-es-la-declaracion-universal-de-los-derechos-humanos>

Colomar, G. (2018). *Abuso y maltrato al anciano: Análisis y revisión de sentencias judiciales en España* [Tesis doctoral]. Tesis Doctorals en Xarxa.

<https://www.tesisenred.net/handle/10803/666718>

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. (2021). *Normas legales*.

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/convencion-interamericana-sobre-la-proteccion-de-los-derecho-convenio-convencion-interamericana-1933144-1/>

Decreto Legislativo 1161. (2013, diciembre 6). Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. *El Peruano*, 7 de diciembre de 2013. <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-legislativo-queaprueba-la-ley-de-organizacion-y-fun-decreto-legislativo-n-1161-1025182-1>

Delgado, J. (2012). *Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores; Centro del Buen Vivir MIES FEDHU-2012* [Tesis de licenciatura, Universidad de Guayaquil].

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/6456>

Echeburúa, E. (2013). El valor psicológico del perdón en las víctimas y en los ofensores.

Eguzkilore, 27, 65–72. <http://hdl.handle.net/10810/23049>

Elsevier. (2020). *Persona mayor frágil: Detección y manejo en atención primaria*.

https://www.clinicalkey.es/#!/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_2644

EsSalud. (2019). *Atención domiciliaria Padomi - informe*. <https://apps.essalud.gob.pe/portal-padomi/#/pacientes-nuevos/informes>

Félix, C. (2009). El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos en Medicina Familiar*, 11(4), 147–149.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719071001>

Fragoso, F. (2016). *El anciano como ciudadano: Enfrentando el abandono familiar de la persona anciana*. Universidade Federal Fluminense.

<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/4637/1/TCC%20COMPLETO%20FINAL.pdf>

Fried, L. P. (2001). Frailty in older adults: Evidence for phenotype. *Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), M146–M156.

<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/56/3/M146/545770>

Galarza, J. (2010). *Desintegración familiar asociada al bajo rendimiento escolar*.

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS.

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2207/1/tps709.pdf>

García, S. Z. (2009). *La exclusión del adulto mayor en los servicios de salud en Guatemala* [Tesis de licenciatura]. Universidad de San Carlos de Guatemala.

<http://www.repositorio.usac.edu.gt/id/eprint/3955>

Genua, M. I. (2002). Geriatria. En *Farmacia hospitalaria* (Tomo 3). Doyma.

<https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP08.pdf>

Gonçalves, I. (2015). *Ancianos, vulnerabilidad, riesgo y violencia: ¿Qué medidas de protección?* [Tesis de maestría, Instituto Superior de Servicio Social do Porto].

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10553/1/Idalina%20da%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20Gon%C3%A7alves%20Rosas.pdf>

HelpAge International. (2001). *Igualdad de trato, igualdad de derechos: 10 acciones para poner fin a la discriminación de edad*.

https://fiapam.org/wpcontent/uploads/2012/10/JURID022_Helpage.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2018). *Situación de la población adulta mayor: Enero-febrero-marzo* [Informe].

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf

Ley 26842. (9 de julio de 1997). *Ley General de Salud*. El Peruano, 20 de julio de 1997.

<http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/26842.pdf>

Ley General del Trabajo. (2006). [*Documento de trabajo*].

<http://www4.congreso.gob.pe/comisiones/2006/trabajo/ley-general/texto.pdf>

Madrigal-Martínez, M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez: Un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses.

Papeles de población, 16(63), 117–153.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100005&lng=es&tlng=es

Martínez, J. (2016). *Balance de investigación en políticas públicas 2011–2016 y agenda de investigación 2017–2021*. CIES. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4290.pdf>

Morales, M. S. (2014). *Abandono familiar al usuario del centro adulto mayor–EsSalud Guadalupe, provincia de Pacasmayo en el año 2013* [Tesis de licenciatura].

Universidad Nacional de Trujillo. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/3676>

Navarro, R. (2017). *Búsqueda de biomarcadores en el síndrome de fragilidad* [Tesis doctoral, Universidad de Valencia]. <https://roderic.uv.es/handle/10550/64050>

Núñez, M. (2019). *Factores del abandono familiar del adulto mayor en la sociedad de beneficencia Huancavelica* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de

Huancavelica]. <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2907>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Maltrato de las personas mayores*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

Ordoñez, L. (2014). *Impacto psicosocial de la tercera edad en los/as adultos/as mayores de la ciudad de Estelí, en el periodo comprendido de agosto a diciembre del 2014* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

<http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/1958>

- Osorio, G. (2007). *Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF Hidalgo* [Tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/230>
- Oxford Languages & Google. (2019). *Envejecimiento*. <https://languages.oup.com/google-dictionary-es/>
- Pardo, G. (2003). Senescencia celular y envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(3), 204–212.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000300010&lng=es&tlng=es
- Payhua Sacha, Y. (2016). *Abandono del adulto mayor por el núcleo familiar del programa CIAM, Huancayo 2013* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Repositorio Institucional UNCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12894/956>

IX. ANEXOS

ANEXO A:
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES:

EDAD: SEXO: F M

¿EL ADULTO MAYOR SE VALE POR SI MISMO?

- a) Si
- b) No

II. Objetivo: recoger datos del status del pensionista.

1.- ¿Trabaja?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

Si su respuesta es sí:

2.- ¿Dónde trabaja?.....

3.- ¿Cuánto gana?

- a) 0-300>
- b) 300-450
- c) 500-1000>
- d) 1000- a más

4.- Tipo de vivienda:

- a) Propia
- b) Alquilada
- c) De un familiar
- d) De un amigo

5.- ¿Cuánto paga de alquiler?

- a) < 500
- b) 500 - 700
- c) 800 - 1000

> 100

6.- ¿Puede mantener la casa donde vive?

- a) Si
- b) No

7.- ¿Quién se lo paga?

- a) Hijos
- b) Él mismo
- c) Cónyuge
- d) Conocidos
- e) Otros familiares

III. Objetivo: recoger datos de la integración o desintegración familiar del pensionista.

8.-¿Con quién vive?

- a) Solo
- b) Conyugue
- c) Hijos
- d) Nietos
- e) Otros. Describir con quien.....

9.-¿Cada cuánto tiempo lo visitan los familiares?

- a) Todos los días
- b) Una vez a la semana
- c) Más de 1 vez por semana
- d) Una vez al mes
- e) 1 vez cada 2 meses
- f) 1 vez cada 6 meses
- g) No lo visitan

10.-frecuencia en que se comunica con su familia:

- a) Todos los días
- b) Una vez al mes
- c) 1 vez cada 2 meses
- d) 1 vez cada 6 meses
- e) No se comunican

11.-¿Cómo es la comunicación en casa?

- a) No se hablan
- b) Se insultan
- c) Se golpean
- d) Se respetan

12.- ¿Cómo te sientes con tu familia?

**ANEXO B :
MATRIZ DE CONSISTENCIA.**

	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS
GENERAL	¿Qué factores determinan el abandono del adulto mayor en el hospital Octavio Mongruth Muñoz de la seguridad social?	Analizar los factores que determinan el abandono del adulto mayor en un hospital de la seguridad social caso. Hospital Octavio Mongruth Muñoz.	El abandono del adulto mayor está relacionado con estatus del pensionista y desintegración familiar.
OE1	¿Cómo influye el estatus como pensionista en el abandono del adulto mayor?	Determinar cómo influye el estatus como pensionista en el abandono del adulto mayor.	El estatus de pensionista condiciona el abandono del adulto mayor.
OE2	¿Cómo influye la desintegración familiar en el abandono del adulto mayor?	Analizar cómo influye la desintegración familiar en el abandono del adulto mayor.	Si hay desintegración familiar el adulto mayor está abandonado.

ANEXO C: TABLAS DE CONTINGENCIA

TABLA N° 2: ¿CON QUIÉN VIVE? * ¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN EN CASA?							
			¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN EN CASA?				Total
			No se hablan	Se insultan	Se golpean	Se respetan	
¿CON VIVE?	QUIÉN	Sólo	8	2	1	17	28
		Cónyuge	2	1	0	20	23
		Hijos	1	1	0	26	28
		Nietos	1	0	0	3	4
		Otros	1	1	0	26	28
Total			13	5	1	92	111

TABLA N°3: EDAD * ¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN EN CASA?						
		¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN EN CASA?				Total
		No se hablan	Se insultan	Se golpean	Se respetan	
EDAD	60-69	0	0	0	12	2
	70-79	4	3	0	36	3
	80-89	7	1	1	42	8
	90-99	2	1	0	3	6
Total		13	5	1	92	111

TABLA N°4 ¿EL ADULTO MAYOR SE VALE POR SÍ MISMO? * ¿CADA CUÁNTO TIEMPO LO VISITAN LOS FAMILIARES?								
		¿CADA CUÁNTO TIEMPO LO VISITAN LOS FAMILIARES?						Total
		Todos los días	más de 1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez al mes	1 vez cada 2 meses	1 vez cada 6 meses	
¿EL ADULTO MAYOR SE VALE POR SÍ MISMO?	Si	45	7	5	17	10	6	90
	No	11	2	0	6	2	0	21
Total		56	9	5	23	12	6	111

TABLA N°5: Genero * ¿CADA CUÁNTO TIEMPO LO VISITAN LOS FAMILIARES?								
		¿CADA CUÁNTO TIEMPO LO VISITAN LOS FAMILIARES?						Total
		Todos los días	más de 1 vez por semana	1 vez por semana	1 vez al mes	1 vez cada 2 meses	1 vez cada 6 meses	
Genero	Femenino	28	5	2	12	7	5	59
	Masculino	28	4	3	11	5	1	52
Total		56	9	5	23	12	6	111

TABLA N°6 ¿CÚANTO GANA? * ¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN EN CASA?						
		¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN EN CASA?				Total
		No se hablan	Se insultan	Se golpean	Se respetan	
¿CÚANTO GANA?	0 - <300	1	0	0	11	12
	300 - <500	3	3	1	30	37
	500 - 999	9	1	0	39	49
	>1000	0	1	0	12	13
Total		13	5	1	92	111

TABLA N°7: ¿CUÁNTO GANA? * ¿CON QUIÉN VIVE?							
		¿CON QUIÉN VIVE?					Total
		Sólo	Cónyuge	Hijos	Nietos	Otros familiares	
¿CÚANTO GANA?	0 - <300	4	0	4	0	4	12
	300 - <500	10	6	10	2	9	37
	500 - 999	13	10	13	2	11	49
	>1000	1	7	1	0	4	13
Total		28	23	28	4	28	111

TABLA N°8: TRABAJA * FRECUENCIA EN QUE SE COMUNICA CON SU FAMILIA * ¿CÓMO TE SIENTES CON TU FAMILIA?

¿CÓMO TE SIENTES CON TU FAMILIA?			¿FRECUENCIA EN QUE SE COMUNICA CON SU FAMILIA?					Total
			Todos los días	1 vez a la semana	1 vez al mes	1 vez cada 2 meses	1 vez cada 6 meses	
BIEN	TRABAJA	si	7	0	1	0	0	8
		No	49	11	2	1	2	65
		A veces	1	0	0	0	0	1
	Total		57	11	3	1	2	74
REGULAR	TRABAJA	si	2	2	1	0	0	5
		No	4	3	1	4	1	13
	Total		6	5	2	4	1	18
MAL	TRABAJA	si	0	1	1	0	1	3
		No	1	2	2	1	2	8
	Total		1	3	3	1	3	11
SIENTE QUE NO TIENE FAMILIA	TRABAJA	si				1		1
		No				1		1
	Total					2		2
MUY MAL	TRABAJA	si	0	1			0	1
		No	1	0			1	2
	Total		1	1			1	3
MUY BIEN	TRABAJA	No	3					3
	Total		3					3
Total	TRABAJA	si	9	4	3	1	1	18
		No	58	16	5	7	6	92
		A veces	1	0	0	0	0	1
	Total		68	20	8	8	7	111

TABLA N°9: ¿QUIÉN SE LO PAGA? *¿CON QUIÉN VIVE?							
		¿CON QUIÉN VIVE?					Total
		Sólo	Cónyugue	Hijos	Nietos	Otros	
¿QUIÉN SE LO PAGA?	Hijos	14	14	21	3	13	65
	Él mismo	12	8	6	1	8	35
	Cónyugue	1	0	1	0	1	3
	Conocidos	0	0	0	0	1	1
	Otros familiares	1	1	0	0	5	7
Total		28	23	28	4	28	111

TABLA N° 10: ¿CON QUIÉN VIVE? * ¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN EN CASA? * Genero							
Género			¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN EN CASA?				Total
			No se hablan	Se insultan	Se golpean	Se respetan	
Femenino	¿CON QUIÉN VIVE?	Sólo	5	1	1	10	17
		Cónyugue	2	0	0	11	13
		Hijos	0	0	0	15	15
		Nietos	0	0	0	1	1
		Otros	0	0	0	13	13
	Total	7	1	1	50	59	
Masculino	¿CON QUIÉN VIVE?	Sólo	3	1	0	7	11
		Cónyugue	0	1	0	9	10
		Hijos	1	1	0	11	13
		Nietos	1	0	0	2	3
		Otros	1	1	0	13	15
	Total	6	4	0	42	52	
Total	¿CON QUIÉN VIVE?	Sólo	8	2	1	17	28
		Cónyugue	2	1	0	20	23
		Hijos	1	1	0	26	28
		Nietos	1	0	0	3	4
		Otros	1	1	0	26	28
	Total	13	5	1	92	111	

TABLA DEL CHI – CUADRADO

TABLA 3-Distribución Chi Cuadrado χ^2

P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado, v = Grados de Libertad

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424	1,3233	1,0742	0,8735	0,7083	0,5707	0,4549
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189	2,7726	2,4079	2,0996	1,8326	1,5970	1,3863
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,2484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416	4,1083	3,6649	3,2831	2,9462	2,6430	2,3660
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886	5,3853	4,8784	4,4377	4,0446	3,6871	3,3567
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893	6,6257	6,0644	5,5731	5,1319	4,7278	4,3515
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581	7,8408	7,2311	6,6948	6,2108	5,7652	5,3481
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032	9,0371	8,3834	7,8061	7,2832	6,8000	6,3458
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,2616	12,0271	11,0301	10,2189	9,5245	8,9094	8,3505	7,8325	7,3441
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421	11,3887	10,6564	10,0060	9,4136	8,8632	8,3428
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420	12,5489	11,7807	11,0971	10,4732	9,8922	9,3418
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314	13,7007	12,8987	12,1836	11,5298	10,9199	10,3410
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120	14,8454	14,0111	13,2061	12,5838	11,9463	11,3403
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848	15,9839	15,1187	14,3451	13,6356	12,9717	12,3398
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508	17,1169	16,2221	15,4209	14,6853	13,9961	13,3393
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107	18,2451	17,3217	16,4940	15,7332	15,0197	14,3389
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651	19,3689	18,4179	17,5666	16,7795	16,0425	15,3385
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146	20,4887	19,5110	18,6330	17,8244	17,0646	16,3382
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595	21,6049	20,6014	19,6993	18,8679	18,0860	17,3379
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004	22,7178	21,6891	20,7638	19,9102	19,1069	18,3376
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375	23,8277	22,7745	21,8265	20,9514	20,1272	19,3374
21	46,7963	43,7749	41,4009	38,9322	35,4789	32,6706	29,6151	27,6620	26,1711	24,9348	23,8578	22,8876	21,9915	21,1470	20,3372
22	48,2676	45,2041	42,7957	40,2894	36,7807	33,9245	30,8133	28,8224	27,3015	26,0393	24,9390	23,9473	23,0307	22,1663	21,3370
23	49,7276	46,6231	44,1814	41,6383	38,0756	35,1725	32,0069	29,9792	28,4288	27,1413	26,0184	25,0055	24,0689	23,1852	22,3369
24	51,1790	48,0336	45,5584	42,9798	39,3641	36,4150	33,1962	31,1325	29,5533	28,2412	27,0960	26,0625	25,1064	24,2037	23,3367
25	52,6187	49,4351	46,9280	44,3140	40,6465	37,6525	34,3816	32,2825	30,6752	29,3388	28,1719	27,1183	26,1430	25,2218	24,3366
26	54,0511	50,8291	48,2898	45,6416	41,9231	38,8851	35,5632	33,4295	31,7946	30,4346	29,2463	28,1730	27,1789	26,2395	25,3365
27	55,4751	52,2152	49,6450	46,9628	43,1945	40,1133	36,7412	34,5736	32,9117	31,5284	30,3193	29,2266	28,2141	27,2569	26,3363
28	56,8918	53,5939	50,9936	48,2782	44,4608	41,3372	37,9159	35,7150	34,0266	32,6205	31,3909	30,2791	29,2486	28,2740	27,3362
29	58,3006	54,9662	52,3355	49,5878	45,7223	42,5569	39,0875	36,8538	35,1394	33,7109	32,4612	31,3308	30,2825	29,2908	28,3361