

ISSN 2007 - 3232

Tanatología del Siglo XXI *Thanatos*



Imagen amablemente cedida por DAPA Images para Canva

Riesgo suicida en adultos mayores institucionalizados en el Centro Gerontológico Vicente García Torres, derivado del abandono social en el que se encuentran.

Lizbeth Rodríguez Pérez



LICENCIATURAS

Duración: 3 años

- Informática Administrativa
- Administración y Finanzas
- Psicopedagogía
- Trabajo Social
- Gerontología
- Psicología
- Derecho

**COSTOS
BAJOS**

INICIOS:

- Enero
- Mayo
- Septiembre

Inscripción: \$ 1,680.-
Mensualidad: \$1,680.-

Becas

Plantel Montevideo
Tel. 55 6393 - 1100

Plantel Tláhuac
Tel. 55 6819 - 2000

Plantel Tlalpan
Tel. 55 6393 - 2000

www.impo.org.mx

Contenido

DIRECTORIO

EDITOR RESPONSABLE

Marco Antonio Polo Scott

DIRECTORA DE PUBLICIDAD

DISEÑO Y EDICIÓN

Ana María Rico Cárdenas

DISEÑO GRÁFICO

Laura Anai Barrón López

CORRECCIÓN DE CONTENIDOS

Leticia Salinas Hernández

OPINIONES Y SUGERENCIAS

marcoapolos@hotmail.com

INFORMES Y SUSCRIPCIONES

relaciones.publicas@impo.org.mx

Tel. 55 6393 - 1100 55 6819 - 2000

55 6393 - 2000

DERECHOS RESERVADOS

Marca Registrada THANATOS

ISSN 2007-3232

VOLUMEN 40

TANATOLOGÍA DEL SIGLO XXI THANATOS, Año 16, No. 40, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2023, editada por el Instituto Mexicano de Psicooncología S.C., Av. Montevideo No. 635, 1er. Piso, Col. San Bartolo Atepehuacan, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07730, México, CDMX, teléfono 55 6393 1100, marcoapolos@hotmail.com, www.impo.org.mx, Editor responsable: Marco Antonio Polo Scott. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2009-120113514900-102. Licitud de Título y Contenido No. 14808, ambos otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Impresa por Impresos IMAGRAFIC, S.A. de C.V., Poniente 110 No.753, Magdalena de las Salinas, C.P. 07760 GAM CDMX, éste número se terminó de imprimir el 1 de septiembre del 2023 con un tiraje de 5,000 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del editor.

El editor considera sus fuentes como confiables, sin embargo puede haber errores en la exactitud de los datos, por lo que sus lectores utilizan su información bajo su propio riesgo.

El editor, la casa editorial, los empleados, los colaboradores o los asesores no asumen responsabilidad alguna por el uso del contenido editorial o de los anuncios que se publiquen dentro de la revista.

Todo material empleado para su publicación no será devuelto, y se entiende que se puede utilizar en cualquier publicación, y que cede todo su derecho para utilizarlo, editarlo, citarlo y comentarlo, en cualquier tipo de publicación.

4 Riesgo suicida en adultos mayores institucionalizados en el Centro Gerontológico Vicente García Torres, derivado del abandono social en el que se encuentran.

Lizbeth Rodríguez Pérez



@IMPo_Oficial



@IMPoOficial



impooficial



Riesgo suicida en adultos mayores institucionalizados en el Centro Gerontológico Vicente García Torres, derivado del abandono social en el que se encuentran.

Lizbeth Rodríguez Pérez

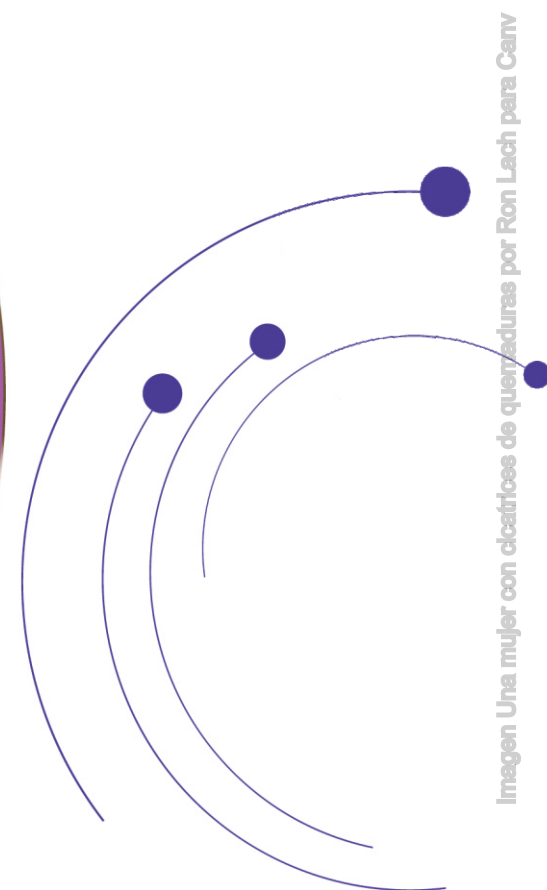


Imagen Una mujer con cicatrices de quemaduras por Ron Lach para Canva

Presentación General

El trabajo social desde sus orígenes ha estado orientado hacia la atención de las problemáticas y necesidades de los individuos, grupos o comunidades, con el propósito de incidir en el mejoramiento de las condiciones de vida de la sociedad.

Podemos imaginar al trabajador social como el investigador que puede dinamizar y guiar la participación de las personas a partir del capital social dentro de la comunidad ya que dentro de esta se ubican personas que posean las herramientas necesarias en cuestión de saberes, recursos, contactos, etcétera, por lo que, el trabajador social no se queda solamente con información resultante, sino que es partícipe e intérprete de los propios resultados, dentro del grupo.

El trabajador social identifica las características sociales, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que impactan en cada grupo de individuos con el fin de proponer alternativas de solución a la problemática o problemáticas que no le permiten un adecuado desarrollo, realiza investigación que permite el análisis y la comprensión de las problemáticas y con base en un diagnóstico social establece estrategias de intervención promoviendo y movilizandolos recursos con que cuenta el individuo, fomentando la autogestión y empoderamiento, por lo que el conocimiento pleno de la o las problemáticas por el trabajador social es indispensable.

De acuerdo con lo anterior, en este proyecto, se identificará la incidencia de adultos y adultas mayores con ideas suicidas o suicidio en el Centro Gerontológico “Vicente García Torres” perteneciente a DIF Nacional.

Justificación

El SNDIF es el Organismo público referente e innovador en la inclusión al bienestar de la población en condición de vulnerabilidad, cuenta con diferentes instituciones que atienden población en estado de abandono, para este caso las y los adultos mayores son institucionalizados al ser considerados sujetos de asistencia social; como Profesionales en Trabajo Social contribuimos a mejorar su calidad de vida al identificar, fortalecer y consolidar redes de apoyo social; personas o instituciones que les permitan satisfacer sus necesidades

ruptura del equilibrio entre las personas adultas mayores y su entorno familiar y social, ruptura que da origen a procesos de marginación y exclusión, siendo éste uno de los factores más importantes en el deterioro de la salud física y mental del adulto mayor, sin embargo, no se cuenta con información dentro de los Centros Gerontológicos sobre algún programa que aborde el suicidio.

Se entiende que La conducta suicida en los y las adultas mayores, tiene rasgos distintivos dados por la realización de menos intentos de suicidio que los jóvenes, utilización de métodos más mortales y el reflejo de menos señales de aviso las cuales son más difíciles de detectar. El principal factor de riesgo lo constituye la depresión, asociada o no a otros factores como enfermedades invalidantes, pérdidas sociales, familiares y personales. La incorporación a la familia y la comunidad como individuos activos y participativos, constituye un importante factor protector contra la depresión y la conducta suicida.

Hay estudios que señalan que la calidad de vida de los y las adultas mayores institucionalizados, obtiene menores promedios en funcionalidad, condición física, etc.

El objetivo de este proyecto será detectar cuantos adultos mayores institucionalizados en el Centro Gerontológico Vicente García torres de DIF Nacional han presentado características que pueden desencadenar ideas suicidas o suicidio

Se puede señalar que su importancia reside en la necesidad de identificar si en los centros asistenciales se cuenta con registro de casos de intento de suicidio y/o suicidio en la población asistida, el tratamiento y posibles causas que se han identificado:

- Contar con elementos que lleven al área de trabajo social a su adecuada intervención, sistematizar cada uno de los casos se intervenciones del equipo interdisciplinarioque facilitaran replicarlo en los distintos centros y por tanto realidades.
- Permitirá contar con en el corto, mediano y largo plazo con datos que lleven a considerar esta problemática desde las distintas miradas del equipo interdisciplinario como una posibilidad en cada persona asistida.
- Permitirá contar con información para abordad dicha problemática.
- Abrir la posibilidad de que existe esta problemática en los centros.

Marco Teórico

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (OMS, 2014).

Trabajo Social

Mucha gente se pregunta, todavía hoy, qué es el Trabajo Social, cuyo ejercicio abarca una amplia y diversa gama de intervenciones, con la familia, con niños, con discapacitados, en los barrios, con toxicómanos, alcohólicos, tercera edad, refugiados, enfermos. Precisamente surgió ante la necesidad de aplicar un saber sistemático a la solución de problemas situados en un dominio específico. Así fue construyendo históricamente un espacio propio, articulándose con quienes luchan por su sobrevivencia y para alcanzar una vida más humana, más justa, más solidaria. Ésta es la razón de ser en el consenso de las disciplinas sociales.

Hace años, definimos el Trabajo Social como la disciplina que se ocupa de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y lograr que los hombres asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora que los supere. No es simplemente ejecutora de lo que otras disciplinas elaboran. Interviene en situaciones concretas que muestran determinadas carencias, investigando y coparticipando con los actores en un proceso de cambio.

A diferencia de otras disciplinas sociales, su ejercicio exige el contacto directo y continuado con la realidad social, a través del trabajo directo con y junto a las personas con quienes trabaja, allí donde suceden sus cotidianidades. Esto la hace también una profesión, caracterizada por una acción especializada sobre la base de conocimientos, actitudes y habilidades acreditadas, con un grado de reconocimiento social y de institucionalización y de reglamentación y licencias para el ejercicio. Ser parte de una disciplina y saber al actuar, es lo que nos proporciona una identidad profesional.

Estamos en una sociedad en crisis, en una sociedad en la que las rupturas configuran parte de la cotidianidad, en la que ya ninguna disciplina puede arrogarse el discurso hegemónico ni el liderazgo sobre otras, en la que se impone una acción unificada y en la cual, hoy, es cuestión fundamental reencontrar la finalidad social de los saberes.

Que se entiende por intervención

Desde un enfoque conceptual, Ander (1995) define intervención, como el conjunto de actividades realizadas de manera más a menos sistemática y organizada, que operan sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado; actividades que se apoyan en referentes teórico-metodológicos y técnicas de acción, cuya intencionalidad está dada por el marco ideológico, político o filosófico de quien realiza esas acciones.

Por otra parte, Hernández (1991), caracteriza la intervención, como el conjunto de acciones y principios metodológicos que dan respuesta a determinados problemas y necesidades no resueltas en la sociedad, que presentan y enfrentan las personas, y que sin duda son las condiciones necesarias para que se dé el cambio, o en su caso, la estabilización del cambio alcanzado. Ambos autores, puntualizan que todo proceso de intervención, tiene un propósito, el cual influye en las condiciones sociales que surgen de la no satisfacción de ciertas necesidades básicas y de la existencia de determinados problemas que afectan a los destinatarios de estas actividades. Asimismo, reflexionan que cualquier proceso de intervención social, deberá descansar en una teoría que le proporcione fundamento, es decir, una teoría que le permita actuar con mayor grado de efectividad a la hora de proponer soluciones a los problemas y necesidades sociales.

Desde el punto de vista de lo social; Carballada (2013), señala que la intervención como proceso implica el desarrollo de un conjunto de acciones relacionadas que permiten transformar situaciones complejas; y que como resultado concreto, la intervención constituye un proceso de análisis constante de situaciones y componentes; que la intervención se origina a partir de la demanda, la cual puede ser institucional o espontánea, ya sea por la falta de responsabilidad de las instituciones; sobre todo de las instituciones públicas para satisfacer las necesidades y problemáticas; o en su caso las instituciones de la sociedad civil, que mediante la organización buscan los mecanismos que den respuesta a sus demandas; a través de la movilización de los recursos humanos o mediante acciones de promoción social en estrecha coordinación con el sector público y privado. No obstante, de que ya esté asignada la intervención en los propios discursos valorativos de la profesión o disciplina que la está llevando a la práctica.

Campos de intervención del trabajador social

Las acciones que realiza el profesional de esta disciplina, se enfocan a la promoción del hombre y la movilización de recursos humanos e institucionales, mediante la participación de la población, las instituciones públicas, privadas y sociales en programas y proyectos para la mejora continua de los niveles de vida de los individuos, grupos y comunidades, generando procesos de participación y organización de los sujetos sociales. En este sentido, se puede acentuar que el Trabajo Social como una disciplina de las Ciencias Sociales indaga y conoce los problemas sociales para incidir en ellos a través de procesos de investigación; para dicho fin el trabajador social deberá plantearse tres propósitos de los más comunes en toda investigación social, como señala Babbie (2000); explorar, describir y explicar los problemas sociales; para estos propósitos deberá profundizar en los estudios y niveles de la investigación.

La salud y la enfermedad pueden ser entendidas como un proceso histórico y social, esencialmente dinámico, donde, en el caso de nuestro país, las Políticas Sociales comienzan a ocupar nuevos espacios, ligados y aprendiendo en algunos casos de luchas colectivas, diferentes expresiones de movimientos sociales y formas de resistencia. Si se acepta que el lugar de construcción del proceso salud-enfermedad es la vida cotidiana condicionada por componentes del contexto, es posible pensar que desde allí se le asignan diferentes sentidos a éste y es en ese lugar donde se expresan las implicancias, tal vez más relevantes, de la intervención en lo social a partir de su interpelación entre lo macro social y la singularidad de lo micro.

La enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece

En los últimos treinta años las enfermedades comienzan a superponerse. Depresión, Alzheimer, trastornos de la alimentación, SIDA, psicosis, déficit de atención, entre otras, dan una serie de señales confusas a los discursos sociales y médicos acerca de la salud a partir de su complejidad y singularidad.

La intervención en lo social dentro del campo de la Salud Mental en las últimas décadas, se vio signada por una serie de cuestiones, las que, en tanto interrogantes, implican en la actualidad la posibilidad de nuevas perspectivas de análisis, como así también de la comprensión y explicación de la salud mental como continente de un proceso complejo y cambiante.

MAESTRÍAS

- Tanatología
- Psicoterapia Transpersonal
- Derecho Penal
- Educación

- Evaluación Educativa
- Estudios del Suicidio
- Comercio Exterior
- Derecho Familiar
- Psicooncología

**COSTOS
BAJOS**

Becas

INICIOS:

- Enero
- Mayo
- Septiembre

Inscripción: \$ 2,350.-
Mensualidad: \$2,350.-

Plantel Montevideo

Tel. 55 6393 - 1100

Plantel Tláhuac

Tel. 55 6819 - 2000

Plantel Tlalpan

Tel. 55 6393 - 2000

www.impo.org.mx

Las enfermedades son narradas, contadas desde diferentes formas de relato. Las narrativas de la enfermedad, desde la intervención del Trabajo Social en Salud Mental, construyen la escucha la mirada y el registro. Desde allí se vinculan con las diferentes formas de intervención. Estas cuestiones pueden ser sistematizadas desde la noción de “Modelos de Intervención en Salud”. Como vía de entrada, la noción de Modelo de Intervención, permite sistematizar y ordenar las prácticas desde diferentes aspectos. La idea de sujeto de intervención que se utiliza, el marco teórico que la sostiene, y la intervención típica que se produce como producto de la relación entre lo conceptual, la noción de sujeto y el contexto, da cuenta de una serie de posibilidades de análisis de la Intervención en lo social y también a sus peripecias de orientación y dirección. Dentro de esas diferentes modalidades de intervención, la escucha, forma parte de todo el proceso del quehacer en la práctica diaria. Las narrativas en el proceso de intervención en salud, pueden revelar una serie de cuestiones posibles de enumerar. Por un lado, la existencia de un narrador genera una forma determinada de escucha. Es decir, la narración puede ser condicionada, atravesada y constituida desde el narrador, pero también desde el lugar de la escucha desde lo social. Este tipo de narración va dirigida a un otro, del cual se tiene una construcción simbólica definida. No son iguales las narraciones de la enfermedad en todas las disciplinas que intervienen en ese campo (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales), pero también, esta narrativa dentro de cada campo está condicionada por el modelo de intervención que se utilice.

Intervención del trabajador social en la prevención del suicidio

Desde las funciones de trabajo social, se tiene que puede intervenir para la prevención del suicidio fomentando la incorporación del adulto mayor a la familia y la comunidad como individuos activos y participativos, lo anterior constituye un importante factor protector contra la depresión y la conducta suicida. La literatura recomienda una serie de acciones específicas a desarrollar en el área de salud que se traducen en formas de promoción de salud y que, por lo tanto, contribuyen a una disminución de los actos autoquéricos en los adultos mayores.

Las más conocidas son:

- Constituir agrupaciones de adultos mayores en el ámbito comunitario.
- Ofrecer asesoramiento personal.

- Fomentar la responsabilidad individual en el cuidado de la propia salud.
- Educar y capacitar a la población con respecto al proceso de envejecimiento.
- Organizar actividades culturales y recreativas en la comunidad para rescatar sus tradiciones, juegos y bailes, acorde con las necesidades de la población anciana.
- Realizar clases grupales y charlas educativas sobre temas relacionados con el envejecimiento saludable.
- Realizar acciones de educación y difusión sobre preparación para la vejez que incluyan autocuidado, autoestima y respeto a la dignidad humana.
- Utilizar la experiencia de los adultos mayores en actividades educativas en escuelas primarias, secundarias, así como en grupos y casas de cultura.

Todas estas acciones, sumadas a una temprana identificación y abordaje de los factores de riesgo por parte del personal sanitario, pueden derivar a una reducción de la conducta suicida entre la población anciana.

Suicidio en la población de adultos mayores

El envejecimiento se estudia en nuestros días como un proceso continuo y dinámico que inicia con el nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida, la etapa después de los 60 años de edad que termina con la muerte. También se le conoce con los términos vejez, senectud, ancianidad o tercera edad. Al respecto, en la ancianidad ocurren cambios estructurales y funcionales después de alcanzar la madurez, que implican una disminución en la capacidad para adaptarse ante factores nocivos y una repercusión en el aumento de la probabilidad de muerte.

Las razones por las que una persona decide acabar con su vida son habitualmente diversas y complejas, pero detrás de una decisión tan dramática emerge habitualmente una serie de factores personales y sociales que actúa como predisponente o precipitante y es uno de los puntos principales que debe valorarse por el personal sanitario.

De los más de 1,1 millones de suicidios que se llevan a cabo cada año, la mayoría son cometidos por adultos de más de 60 años. Son muchos los estudios epidemiológicos que se han realizado sobre el suicidio y que permiten establecer la existencia de esa serie de factores que representa un

mayor riesgo: ser varón, mayor de 60 años, con historia de un intento previo, con antecedentes familiares de suicidio o trastornos del estado del ánimo, con pérdida de pareja reciente (separación, divorcio o fallecimiento), el transcurso de fechas señaladas con gran carga afectiva, sufrir aislamiento social, dificultades económicas, desempleo, sentimientos de incomprensión reales o imaginarios hacia el entorno, humillaciones sociales recientes, abuso de alcohol o drogas.

Casi todos los autores coinciden en que el suicidio y sus variantes son el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales. El relacionar la edad avanzada como factor de riesgo favorecedor del suicidio se basa en que, desde el punto de vista psíquico, el proceso de envejecimiento se caracteriza por los siguientes hechos fundamentales:

- Las transformaciones corporales, tanto anatómicas como funcionales. La vivencia corporal cobra en el anciano una importancia singular. El cuerpo joven, sano y bien funcionante no se percibe conscientemente. Para muchos ancianos, el cuerpo "se nota todo el tiempo", es percibido con una mayor frecuencia y generalmente con una connotación negativa.
- Un aumento de la interioridad, o desapego psicológico, pasando a ocupar los elementos del exterior un lugar progresivamente menor. Los vínculos con figuras y acontecimientos externos a la persona se hacen menos frecuentes, aunque tienden a ser en consecuencia, más valorados.
- Una menor capacidad de adaptación al estrés y situaciones nuevas, con una mayor tendencia a la autoprotección y a la evitación.
- Un empobrecimiento del tejido relacional y social en el que se mueve el anciano, por pérdida de sus pares y el frecuente rechazo del entorno.

Al contrario que en jóvenes, la mayoría de actos de autolesiones deliberadas en ancianos tiene una elevada intencionalidad suicida. En países desarrollados, el método más frecuente de suicidio en ancianos es mediante una sobredosis con hipnóticos, analgésicos y antidepresivos. En general, los hombres ancianos usan métodos más violentos que las mujeres, lo que puede ser una de las causas de las diferentes tasas entre ambos sexos.

Las armas de fuego son el método más utilizado en EE.UU. La sobredosis farmacológica (más frecuente en mujeres) y el ahorcamiento (más frecuente en hombres) son los métodos más utilizados en el Reino Unido, siendo el paracetamol, la combinación de analgésicos y los antidepresivos las tres clases de fármacos más frecuentes implicados actualmente.

La consumación de actos autolíticos en esta población alcanza la mayor proporción de casos con respecto a otros grupos etarios.

El origen del suicidio en el Adulto mayor debe hallarse por tanto en la conjunción de síntomas psicológicos, físicos y sociales, siendo el cuadro de depresión el más común en el diagnóstico de estos casos. Muchos son los factores que unifican un estado proclive a que acontezca el dramático episodio del suicidio en el mismo.

La depresión se reconoce como la patología que con mayor frecuencia se asocia a la conducta suicida. La gravedad de esta relación estriba no sólo en el poder incapacitante de la depresión, sino también en lo poco que se diagnostica en los ancianos. Algunos datos epidemiológicos revelan que los trastornos depresivos en la tercera edad afectan a:

- 10% de los que viven en la comunidad.
- 15-35% de los que viven en residencias.
- 10-20 % de los hospitalizados.
- 40% de los que padecen trastornos somáticos y llevan tratamiento por ello.

Dentro de los diferentes trastornos depresivos, el riesgo de suicidio aumenta de manera particularmente alarmante en presencia de depresión mayor. Diversas investigaciones señalan que aumenta hasta en veinte veces el riesgo de cometer suicidio y que aproximadamente 15% de los pacientes diagnosticados con depresión mayor, se suicidan. En ancianos, esto se ve agravado por la existencia de otros factores que favorecen el suicido como las comorbilidades clínicas y el aislamiento social.

Otros factores de riesgo relacionados con la depresión y la conducta suicida en la tercera edad son:

A) Factores predisponentes

- Estructura de la personalidad.
- Dependientes.
- Pasivo-agresivos.
- Obsesivos.
- Aprendizaje de respuestas en situaciones de tensión.
- Predisposiciones biológicas (genéticas, neurofisiológicas y neurobioquímicas).

B) Factores contribuyentes

- Socioeconómicos.
- Dinámica familiar.
- Grado de escolaridad.
- Actividades laborales y de recreación.
- Pertenencia a un grupo étnico específico.
- Formas de violencia y maltrato.
- Jubilación.
- Comorbilidad orgánica y mental.

C) Factores desencadenantes

- Crisis propias de la edad.
- Abandono.
- Aislamiento.
- Violencia.
- Muerte de familiares y allegados.
- Pérdidas económicas.
- Agudización de síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades.

- Discapacidades y disfuncionabilidad.

- Dependencia.

La depresión establece entre las quejas de tipo psicológico y mentales la disfuncionalidad mental que prepara o regenta al adulto mayor a un estado disfórico, dicho síndrome permite que la unión global de este se ensombrezca, la rutina diaria carece de objetivo siendo mermada día a día por este déficit y carencia de sentimiento positivo, el anciano se considera inútil, caduco, un ser que espera el momento de la muerte (el ansiado y deseado momento que no llega). Los importantes síntomas depresivos subyacentes son inducidos junto a enfermedades médicas, el curso de las manifestaciones aumenta siendo del mismo modo adecentado por las carencias sociales del anciano en situaciones tales como la institucionalización (aislamiento social, duelo, insuficientes visitas familiares, escasos lazos sociales y el consecuente fracaso interpersonal). Los trastornos crónicos o invalidantes o enfermedades médicas sostienen el estado depresivo del paciente.

La sintomatología sucesiva del anciano tendente al suicidio presenta normalmente desesperanza, insomnio, angustia, irritabilidad, incomunicación, pasividad, apatía,

A) Desinterés, estado de tensión, agitación constante y sentimientos depresivos

Otros elementos clínicos que pueden presentarse en un anciano con riesgo autolesivo son: somatizaciones, anhedonia, mal humor, disforia, disminución del cuidado de sí mismo, indecisión e inseguridad ante las tareas, falta de confianza en sí mismo y pensamientos constantes sobre el suicidio o la muerte.

Como se ha señalado con anterioridad, el suicidio en los ancianos es un fenómeno altamente complejo en el que se conjugan factores tanto individuales como familiares y sociales. Su frecuente asociación a trastornos depresivos y la poca frecuencia con que estos se diagnostican, obligan a revisar detenidamente el tema en la búsqueda de nuevas estrategias de intervención y promoción de salud.

Factores de riesgo

Hay numerosos estudios que ponen de manifiesto la fuerte relación entre depresión y conducta suicida. Sobre todo, entre los grupos más vulnerables que decíamos antes, como ancianos y adolescentes, y cuando la depresión se crónica.

De hecho, los expertos señalan que el 90% de las personas que cometen suicidio tienen un problema de salud mental, principalmente depresión (Martín del Campo, 2019). El suicidio se relaciona con la mayoría de los trastornos mentales graves y, en el caso de la depresión, el riesgo es 21 veces superior a la población general (SEP, 2015). Por lo tanto, el abordaje de la depresión tiene que ser multidisciplinar con que se pueda afrontar con todos los recursos necesarios, teniendo en cuenta que es un problema crónico de salud la prevalencia de depresión también varía en diferentes grupos de edad. Según el estudio ESEMeD, el grupo de edad con mayor prevalencia anual de depresión en España, serían las personas con edades comprendidas entre los 50 y los 64 años, donde la prevalencia anual de depresión se sitúa en torno al 5% disminuyendo a partir de los 64 (Gabilondo et al., 2010). Por el contrario, la última encuesta nacional de Salud estimó que fueron las personas entre los 75 y 84 años el grupo de edad con más prevalencia de diagnóstico de depresión, siendo a partir de los 55 años cuando las cifras de diagnóstico depresión aumentan desde el 6% hasta el 10% (Instituto Nacional de Estadística, 2017a)

Factores de prevención

Las redes de primer contacto y secundarias se consideran parte importante **como** factores de protección y prevención.

Contexto Familiar

La familia y los amigos contribuyen a que se tengan más ganas de vivir pues en estas relaciones se crean estrechos vínculos afectivos, los cuales son fundamentales para un desarrollo afectivo sano y adecuado.

Asimismo, la pérdida de parientes, amigos cercanos, o de conexiones sociales debido al paso del tiempo son realidades con las que el adulto mayor debe lidiar. Algunas de las consecuencias que se pueden derivar de la carencia de vínculos afectivos en el núcleo familiar pueden ser:

1. La comunicación familiar se vuelve conflictiva.
2. La base de las relaciones son la desconfianza y el miedo.
3. Disminución de la autoestima.
4. Desequilibrio en las relaciones entre los integrantes de la familia.
5. Aislamiento y soledad.
6. Pérdida de sensación de bienestar.

En síntesis, siempre se debe promover que entre los adultos mayores y la familia exista una relación cercana, con predominio del amor, la solidaridad y la protección, esto facilitará la dinámica entre los miembros y permitirá que se viva mejor. Andares (2016) citado en www.andaresadultomayor.com/adulto-mayor-familia/

La discriminación está en función de diferencias económicas y sociales entre el grupo discriminante y el que es discriminado, de manera que mientras más acentuadas sean las diferencias mayores son las posibilidades de discriminación y sus consecuencias. En el caso de la vejez, las condiciones de salud, capacidad física, funcionalidad mental y falta de adaptabilidad a cambios sociales y tecnológicos son las especificidades de la discriminación. No se evade que justamente la vejez se caracteriza y también se define por la correlación que existe del avance en las edad con el deterioro de la salud, la disminución de facultades físicas y mentales, el menoscabo de papeles familiares y sociales, y el retiro de la actividad y del trabajo, con consecuencias permanentes que disminuyen la autonomía, afectan la adaptabilidad y conducen a la dependencia (Laslett, 1990). Sin embargo, esta correlación, por alta que sea, no es determinismo absoluto sino una vulnerabilidad de la cual escapa un porcentaje más alto de lo comúnmente esperado. En todo caso, las desventajas sí existen, pero en la percepción general las imágenes sobre los deterioros de la vejez se extienden en prejuicios y estereotipos con frecuencia ajenos a la realidad.

Adultos mayores

El envejecimiento se estudia en nuestros días como un proceso continuo y dinámico que inicia con el nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida, la etapa después de los 60 años de edad que termina con la muerte. También se le conoce con los términos vejez, senectud, ancianidad o tercera edad.³ Al respecto, en la ancianidad ocurren cambios estructurales y funcionales después de alcanzar la madurez, que implican una disminución en la capacidad para adaptarse ante factores nocivos y una repercusión en el aumento de la probabilidad de muerte.

Cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente.

En la actualidad los adultos mayores enfrentan graves deterioros físicos y mentales, pérdida de relaciones familiares e interpersonales, debido a que carecen tanto ellos como sus familiares de información y preparación para cuidar y proteger su entorno biopsicosocial entre otros factores.

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran individuos, vulnerables socialmente, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado.

Se define como vulnerabilidad social la desprotección de un grupo cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos por no contar con recursos personales, sociales y legales. (Guerrero y Yépez 2015)

Por su parte, en México, el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) ha definido a la vulnerabilidad en dos niveles:

- a) Población vulnerable por carencias sociales: aquella que presenta una o más carencias en la medición multidimensional de la pobreza, pero cuyos ingresos son superiores a la línea del bienestar, y;
- b) Población vulnerable por ingresos: aquella que no presenta carencias sociales pero cuyo ingreso está por debajo de la línea del bienestar.

Ley de los adultos mayores

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal (G.O.D.F.) el 07 de marzo de 2000. Última actualización publicada en la G.O.D.F. del 05 de diciembre de 2008).

Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

- 1. Personas Adultas Mayores.

Aquellas que cuentan con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o de paso en el Distrito Federal; contemplándose en diferentes condiciones;

- a) Independiente: aquella persona apta para desarrollar actividades físicas y mentales sin ayuda permanente parcial.
- b) Semindependiente: aquella a la que sus condiciones físicas y mentales aún le permiten valerse por sí misma, aunque con ayuda permanente parcial.
- c) Dependiente absoluto: aquella con una enfermedad crónica o degenerativa por la que requiera ayuda permanente total o canalización a alguna institución de asistencia.
- d) En situación de riesgo o desamparo: Aquellas que por problemas de salud, abandono, carencia de apoyos económicos, familiares, contingencias ambientales o desastres naturales, requieren de asistencia y protección del Gobierno del Distrito Federal y de la Sociedad Organizada.

II. Asistencia Social.-Al conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental.

III. Delegaciones.-Órganos político-administrativos de las Demarcaciones Territoriales en el Distrito Federal;

IV. Consejo.-El Consejo Asesor para la Integración, Asistencia, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores;

V. Ley.-La presente Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal;

VI. Geriatria.-El servicio brindado para la atención de la salud de las personas adultas mayores;

VII. Gerontología.-Servicio otorgado por personas dedicadas al estudio del envejecimiento desde una perspectiva biopsicosocial, y

VIII .Integración Social.-

El conjunto de acciones que realizan las dependencias y entidades de la Administración Pública del Distrito Federal y la Sociedad organizada, encaminadas a modificar y superar las circunstancias que impidan a las personas adultas mayores su desarrollo integral

Son principios rectores en la observación y aplicación de esta ley:

I. Autonomía y autorrealización: Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores tendientes a fortalecer su independencia personal, su capacidad de decisión y su desarrollo personal.

II. Participación: En todos los casos de la vida pública, y en especial en lo relativo a los aspectos que les atañen directamente deberán ser consultados y tomados en cuenta y se promoverá su presencia e intervención;

III. Equidad: Consistente en el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, raza, credo, religión o cualquier otra circunstancia;

IV. Corresponsabilidad: Para la consecución del objeto de esta Ley, se promoverá la concurrencia de los sectores público y social y en especial de las familias con una actitud de responsabilidad compartida; y

V. Atención Diferenciada: Es aquel que obliga a los órganos locales de Gobierno del Distrito Federal a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.

De manera enunciativa esta Ley reconoce a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

a) De la integridad y dignidad:

I. A la vida, con calidad, siendo obligación de la familia, de los órganos locales de Gobierno del Distrito Federal y de la sociedad, garantizar a las personas adultas mayores, su sobrevivencia así como el acceso a los mecanismos necesarios para ello;

II. A la no discriminación, por lo que la observancia a sus derechos se hará sin distinción alguna;

III. A una vida libre de violencia;

IV. A ser respetados en su persona, en su integridad física, psicoemocional y sexual;

V. A ser protegidos contra toda forma de explotación;

VI. A recibir protección por parte de su familia, órganos locales de Gobierno y sociedad;

VII. A gozar de oportunidades, en atención a las condiciones a que se refiere la fracción I, del artículo 3 de la ley, para mejorar progresivamente las capacidades que les faciliten el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad, respetando en todo momento la heterogeneidad, y

VIII. A vivir en entornos seguros, dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde ejerza libremente sus derechos

De la certeza jurídica y familia:

I. A vivir en el seno de una familia, o a mantener relaciones personales y contacto directo con ella aún en el caso de estar separados, salvo si ello es contrario a sus intereses;

II. A expresar su opinión libremente, conocer sus derechos y a participar en el ámbito familiar y comunitario, así como en todo procedimiento administrativo o judicial, que afecte sus esferas personal, familiar y social;

III. A recibir un trato digno y apropiado cuando sean víctimas, o ellos mismos cometan cualquier tipo de ilícito o infracción;

IV. A recibir el apoyo de los órganos locales de Gobierno en lo relativo al ejercicio y respeto de sus derechos a través de las instituciones creadas para tal efecto como son: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal, del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, de las Procuradurías competentes y de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; y

V. A contar con asesoría jurídica gratuita y contar con un representante legal cuando lo considere necesario, poniendo especial cuidado en la protección de su patrimonio personal y familiar.

c) De la salud y alimentación:

I. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas y materiales, para su atención integral;

II. A tener acceso a los servicios de salud, en los términos del párrafo cuarto del artículo cuarto constitucional, con el objeto de que gocen cabalmente del bienestar físico, mental, psicoemocional y sexual; para obtener mejoramiento en su calidad de vida y la prolongación de ésta; y

III. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

d) De la educación, recreación, información y participación:

I. De asociarse y reunirse;

II. A recibir información sobre las instituciones que prestan servicios para su atención integral;

III. A recibir educación conforme lo señala el artículo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y

IV. A participar en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.

e) Del trabajo:

I. A gozar de oportunidades igualitarias de acceso al trabajo o de otras posibilidades de obtener un ingreso propio, así como a recibir una capacitación adecuada.

f) De la asistencia social:

I. A ser sujetos de programas de asistencia social cuando se encuentren en situación de riesgo o desamparo, que garanticen su atención integral.

La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social, por tanto de manera constante y permanente deberá hacerse cargo de cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, conociendo sus necesidades, proporcionándoles los elementos necesarios para su atención integral

El lugar ideal para que la persona adulta mayor permanezca es su hogar; y solo en caso de enfermedad, decisión personal o causas de fuerza mayor, podrá solicitar su ingreso en alguna institución asistencial pública o privada dedicada al cuidado de personas adultas mayores

Exclusión social en la población de adultos mayores

Debido a la falta de oportunidades económicas y sociales, en donde los ingresos son insuficientes para que las familias tengan un nivel y calidad de vida aceptable se da paso a la pobreza y esta a su vez a la exclusión social; Rosanvallón (1995) menciona como situación generalizada que los siguientes elementos; desempleo de larga duración, inestabilidad, déficit en la vivienda, nuevas formas de pobreza entre los inmigrantes, mujeres, adultos mayores y jóvenes, entre otros constituye n factores de la exclusión social.

El término “exclusión social se entiende como un proceso social de pérdida de integración en todos los ámbitos socioeconómicos encuentra su mejor expresión en el grupo de personas mayores”. (Anuat 2008) La exclusión social como la falta de participación de segmentos de la población en la vida social, económica y cultural de sus respectivas sociedades debido a la carencia de derechos, recursos y capacidades básicas, acceso a la legalidad, al mercado laboral, a la educación, a las tecnologías de la información, a los sistemas de salud y protección social

Las personas mayores van perdiendo integración en los diferentes ámbitos socioeconómicos que configuran su ciclo vital; La exclusión social, en este sentido, recoge tres aspectos claves como son su origen estructural, su carácter multidimensional y su naturaleza procesual, así como diferentes estadios en función de su intensidad (M. Laparra, A. Obradors, et al., 2007).

En las personas mayores la edad, el sexo y el estado de salud se convierten en las principales variables que explican los niveles de intensidad que van de la precariedad o vulnerabilidad a la exclusión social.

La calidad de vida a la que pueden aspirar los adultos mayores depende de factores sociales y emocionales. Los adultos mayores que tienen recursos económicos suficientes tienen acceso a múltiples servicios tanto de salud como recreativos; y los adultos mayores con un nivel económico bajo, tienen que pasar por una serie de necesidades que, de no encontrarles solución en el núcleo familiar extendido, no se pueden satisfacer. Pero los adultos mayores con recursos o sin ellos, requieren de relaciones familiares de calidad que les permitan pasar sus años de menor autonomía, rodeados de la comunicación y relación emocional que sólo proporcionan los seres queridos.

Asimismo, la vida social y las reuniones con amigos que al igual que ellos, han sobrevivido a edades mayores, se convierten en una fuente de satisfacción y conectividad con el mundo actual. Otro aspecto relevante es la capacitación sobre el autocuidado a las personas de edad y a los cuidadores (proceso que está asociado a discapacidad más que a mortalidad y por lo tanto a un grave impacto en la economía y dinámica familiar). La influencia de la educación, permitirá a una sociedad en su conjunto, aceptar prepararse para atender con calidad a las personas de este grupo de edad. (Secretaría de salud 2001)

Los servicios de asistencia social se encuentran integrados por servicios federales y estatales, su financiamiento es en su gran mayoría por recursos federales y estatales. Estos servicios están disponibles para toda la población en general, aunque la mayoría de su clientela son aquellos que no cuentan con ningún otro tipo de servicios médicos, por lo que están dirigidos a la población de escasos recursos, que se encuentran laborando en la economía informal del país. La atención que se brinda es de primero, segundo y tercer nivel. Estos servicios en su mayoría se encuentran ubicados en los lugares de concentración poblacional. En el sector salud habrá que adoptar cambios a los enfoques tradicionales de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, ya que estos elementos deberán integrarse con otros muchos componentes, como parte de una promoción integral de la salud. . (Secretaría de salud 2001)

Los servicios de salud deberán contemplar las necesidades de atención para los adultos mayores. Sin descuidar los servicios para la población en general, se tendrá que pensar en cómo integrar los servicios a los adultos mayores; cómo crear los ambientes sociales y físicos adecuados; cómo promover los estilos de vida saludables, así como contar con médicos y paramédicos especializados en una gama de cuidados para la atención al envejecimiento. Cuanto más se incrementa la edad de los individuos, más se incrementan los episodios de cuidados intensivos en los hospitales. (Secretaría de salud 2001)

En este escenario, el desafío que deben enfrentar los regímenes de seguridad social de la región en las próximas décadas es enorme y complejo.

Centro nacional modelo de atención, investigación y capacitación gerontológica “Vicente García Torres”

El Estado Mexicano se encuentra obligado a incluir planes de desarrollo integral en donde se brinde apoyo a todos los sectores de la sociedad, tal es el caso de los adultos mayores que se encuentran en estado de vulnerabilidad, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia a través del Centro Nacional Modelo de Atención y Capacitación Gerontológica “Vicente García Torres”.

Es importante recordar como premisa que el cuidado del anciano debe tener como máxima aspiración lograr su permanencia en la comunidad, en el seno del hogar, hasta donde sea posible.

La institucionalización debe considerarse como una alternativa sólo cuando se haga muy necesaria, ya sea por su situación de salud, social familiar y/o económica, el trato a estas situaciones debe ser orientado a mantener una actitud positiva y correcta hacia los adultos mayores albergados, postura apoyada por el equipo interdisciplinario responsable de la atención de la población gerontológica albergada en los Centros y Casas Hogar del Sistema Nacional DIF, en donde resulta primordial el fortaleciendo y la vinculación con redes de apoyo familiares, sociales y sus compañeros de residencia.

El Centro Nacional de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica “Vicente García Torres”, se encuentra ubicado en la Avenida Azcapotzalco número 59, Colonia San Álvaro, Tacuba, Distrito Federal, fue instituido el 28 de noviembre de 1934, en substitución del antiguo asilo “San Salvador el Verde”, tomando el nombre del periodista Vicente García Torres, en 1937.

Desde el año de 1943 dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; a partir del año 1982 por Decreto Presidencial pasa a formar parte del Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nacional).

En el año 2002, conforme al acuerdo de la Junta de Gobierno y tomando en cuenta el incremento demográfico en la población adulta mayor. El aumento de la esperanza de vida y las nuevas patologías de este grupo de edad en México), el DIF Nacional reorientó las dos Casas Hogar para Ancianos del Distrito Federal en Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica como es el caso del “Vicente García Torres”, con el fin de otorgar atención integral acorde a las actualizaciones médicas y gerontológicas, generar investigación multidisciplinaria en relación con el adulto mayor, brindar capacitación a los DIF Estatales, Municipales, Organismos de la Sociedad Civil, y familias, en la formación de cuidadores primarios y de especialistas en Geriatria y Gerontología.

Recursos sociales; inventario de recursos sociales

La institucionalización para las personas adultas mayores va en aumento a causa de diversos factores sociales, económicos y familiares, lo cual comúnmente se relaciona con hechos relacionados al abandono, lo que también se encuentra aunado al aumento de la esperanza de vida.

El abandono de personas se define como la indefensión y desamparo al que se ven enfrentando los seres humanos cuando los lazos de solidaridad se desvanecen. Es importante subrayar esta última situación, porque el término abandono tiene numerosos significados, aplicados no solo a las personas, sino a objetos, actividades y en general cualquier cosa que es desatendida. (Fuentes y Morales, 2015).

Los recursos sociales en el anciano van muy unidos a las redes de apoyo, lo cual resalta su importancia al considerar que de ello depende determinar la capacidad del adulto mayor para vivir en la comunidad y/o familia, es así como la evaluación de los recursos humanos brindara un panorama en el posible deterioro de los recursos sociales de la población asistida.

Entre las características de los recursos sociales son que se encuentran dirigidas a satisfacer necesidades, cada sociedad genera los suyos, es una responsabilidad compartida, debería anticiparse a los problemas y contribuyen al bienestar.

En este centro, cuando se asiste a la persona adulta mayor de cierta forma se aísla de su entorno social y familiar, lo cual resulta paradójico ya que para mantener una calidad de vida se hace necesario continuar trabajando u obtener recursos de redes familiares y otras redes personales o comunitarias que se transforman en la estructura de apoyo informal principal de las personas mayores (Guzmán, 2002).

Es importante conocer cuáles son los recursos sociales con los que cuentan las personas adultas mayores institucionalizadas en este Centro Gerontológico aún más cuando tienen más de 20 años institucionalizadas como es el caso de algunos de los residentes en este centro, algunos quienes desde su ingreso no han contado con una red sólida de apoyo.

Asimismo se ha observado que el apoyo social influye directamente en la depresión y en la autoestima del anciano y, por ende, en su salud; de ahí la importancia de precisar este aspecto al tratar a personas de estas edades. (Guevara Peña 2016).

Metodología

El presente trabajo será diseñando bajo el planteamiento metodológico desde el enfoque cuantitativo de tipo exploratorio, será una investigación descriptiva interesada en describir más que en explicar en este momento.

Como técnica e instrumento de recolección de información se aplicará al 100 % de las personas adultas mayores institucionalizadas la encuesta denominada “inventario de recursos sociales”, mismo que permite conocer el tipo de redes sociales primarias y secundarias con que cuentan.

Para realizar un inventario de recursos sociales en las personas adultas mayores, se tomará como referencia el instrumento de Díaz-Veiga; el cual está integrado por cuatro secciones distintas que hacen referencia a cuatro tipos de relaciones sociales: pareja, hijos, familia y amigos” con lo que se evaluarán diversos aspectos de la función social, aspectos estructurales de las redes sociales (tamaño, y frecuencia de contactos), funcionales (apoyo emocional e instrumental) y la satisfacción subjetiva de las relaciones, específicamente las relaciones y los recursos sociales, con esto se obtendrán elementos que ayudaran a determinar el deterioro de los recursos sociales de los y las adultas mayores que habitan en este Centro como uno de los factores de riesgo para las ideas suicidas.

Se determina con base al inventario de recursos sociales los factores psicosociales que influyen en la ideación suicida como elemento desencadenante.

Planteamiento del problema de investigación

Dentro de las funciones del trabajo social se investiga para actuar, se incide en las diferentes problemáticas sociales, se aplican los procesos de investigación, programación, ejecución y evaluación, tanto en el ámbito individual, grupal y comunitario a fin contribuir al diseño de estrategias desde sus funciones propias que le permitan atender las necesidades sociales de los diferentes grupos vulnerables.

Se aborda a los adultos mayores como grupo vulnerable que enfrentan abandono, maltrato, violencia, etc., sin embargo, el suicidio es un tema que aparentemente no ha sido investigado a fondo en los y las adultas mayores institucionalizados y por tanto se ha dejado de lado su

prevención e intervención en dicho grupo de población al no ser nombrado; de acuerdo con lo anterior, resulta interesante conocer *si existe riesgo suicida en adultos y adultas mayores que se encuentran institucionalizados en el Centro Gerontológico Vicente García Torres derivado del abandono social en el que se encuentran.*

Objetivos

Objetivo general

Detectar cuantos adultos mayores institucionalizados en el Centro Gerontológico Vicente García Torres presentan características que pueden desencadenar conductas suicidas con base a la aplicación del inventario de recursos sociales en personas mayores de Díaz Veiga.

Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo que pueden generar conductas suicidas en las adultas y adultos mayores institucionalizados en el Centro Gerontológico Vicente García Torres.
- Determinar los factores de protección que puedan incidir en la disminución de conductas suicidas en las adultas y adultos mayores institucionalizados.
- Generar un directorio que contemple las redes de apoyo institucional y familiar con las que cuentan los adultos y adultas mayores para su reinserción social.

Hipótesis

Existe riesgo suicida en los adultos y adultas mayores que se encuentran institucionalizados en el Centro Gerontológico Vicente García Torres derivado del abandono social en el que se encuentran. Los adultos y adultas mayores que se encuentran institucionalizados en el Centro Gerontológico Vicente García Torres, no presentan riesgo suicida derivado del abandono social en el que se encuentran.

Variable

Variable independiente. Riesgo suicida.

Variable dependiente. Abandono social.

Sujetos de investigación

Personas adultas mayores institucionalizadas en el Centro Gerontológico “Vicente García Torres”

Contexto social donde se llevara a cabo la investigación

La investigación se desarrollara a nivel local, en el Centro Gerontológico, “Vicente García Torres” perteneciente a DIF Nacional en donde se atiende a 82 adultos mayores institucionalizados de 67 a 103 años de edad que son considerados sujetos de asistencia social al encontrarse en estado de vulnerabilidad al ser de abandonados debido a diversos factores entre los que se encuentran una economía precaria de la familia, desorganización y pobres lazos afectivos, así como el contexto violento y de desconfianza.

Es importante conocer el contexto familiar, social y comunitario (local) en el que se desarrolla la investigación ya que este impactara directamente en sus resultados.

Tipo y diseño de investigación

Se trata de una investigación con enfoque cuantitativo de tipo exploratorio

Instrumento de medición

Se aplicó el instrumento de medición “inventario de recursos sociales en personas mayores”

Análisis estadístico

Se aplicó el instrumento “Inventario de recursos sociales” a una muestra del 100% de la población institucionalizada del Centro Gerontológico “Vicente García Torres”, lo anterior con la finalidad de evaluar las redes de apoyo social primarias, dicho instrumento se encuentra integrado por cuatro secciones distintas que a su vez “hacen referencia a cuatro tipos de relaciones sociales: pareja, hijos, familia y amigos”.

Se realizó un análisis cuantitativo sobre los resultados obtenidos del instrumento denominado “inventario de recursos sociales en ancianos”, se empleó estadística descriptiva.

Resultados

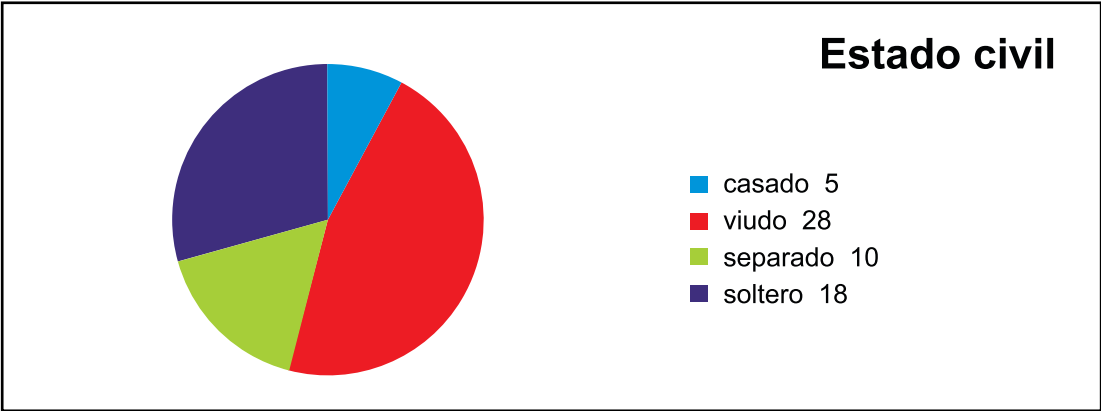


Figura 1.1. Inventario de recursos sociales, Casa Hogar “Vicente García Torres” 2023

De los 61 residentes de la casa hogar Vicente García Torres, 28 señalaron ser viudos y sólo 5

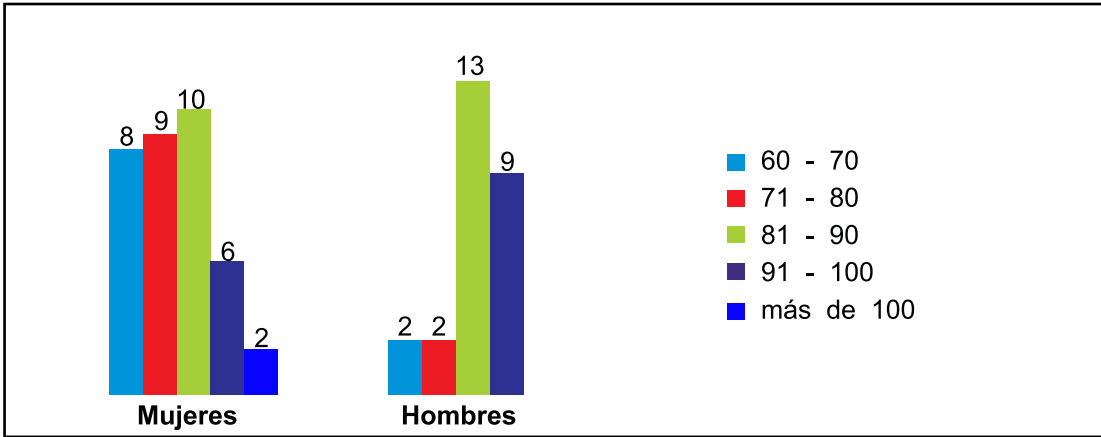


Figura 1.2. Fuente: inventario de recursos sociales, Centro “Vicente García Torres” 2023

Se atienden a dos Adultas mayores que cuentan con más de 100 años de edad, la mayoría de los y las residentes cuentan entre 81 y 90 años de edad, del total de la población albergada 30 son mujeres y 31 hombres.

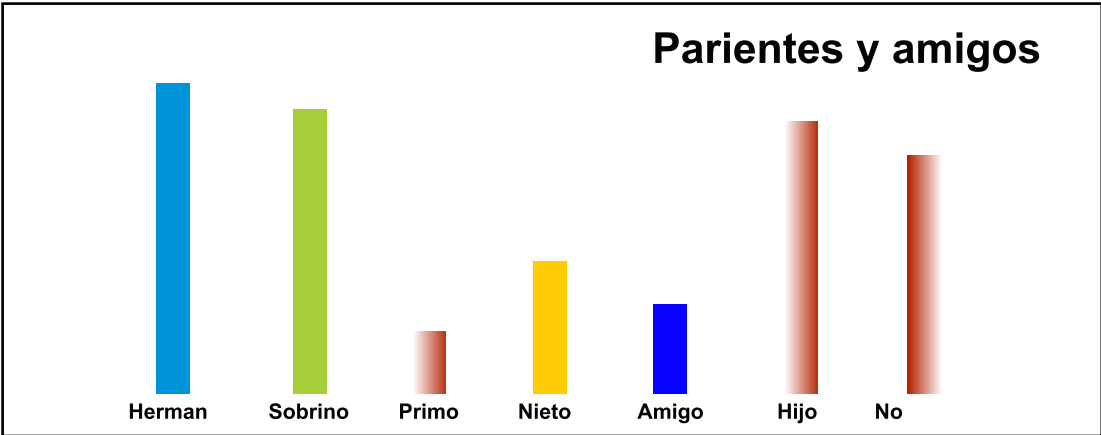


Figura 1.2. Fuente: inventario de recursos sociales, Centro “Vicente García Torres” 2023

42 de los residentes de la casa hogar “Vicente García Torres”, cuenta con hermanos, algunos de ellos con sobrinos, nietos y amigos, sin embargo, 31 de ellos señalan no contar con amistades.

Es importante resaltar que si bien señalan procrearon hijos, varios de ellos desconocen su paradero.

Conclusiones

ANALISIS DE LAS RELACIONES	REDES DE APOYO PRIMARIAS			
Tiempo que comparte por semana	CONYUGE	HIJOS	FAMILIARES	AMIGOS
De 1 a 2 días	2	9	7	5
De 2 a 3 días		1	1	5
De 3 a 4 días			1	3
De 4 a 5 días	1			1
Todos los días				
No acude	2	28		2
Tipo de apoyo que le proporciona				
Económico	0	1	3	2
Acompañamiento	1	10	13	8
En especie	1	1	2	4
ninguno	3	26	41	2
La relación que mantiene es:				
Buena	1	7	23	14
Mala	3	28*	1	
Regular	1	3	2	2
NO CUENTA CON RED DE APOYO				31

Cuadro 1.1. Inventario de recursos sociales, Centro “Vicente García Torres” 20232023

Algunos de los residentes señalaron contar con hijos, nietos, amistades y sobrinos, sin embargo no son visitados ni se sienten apoyados.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se considera que un 80% de la población no cuenta con una red de apoyo consolidada, ni con apoyo de ningún tipo, no se sienten acompañados por estos, lo cual influye en su estado de ánimo.

El instrumento aplicado no considera algunas de las características físicas y de salud de las y adultos mayores, considerando que las enfermedades crónicas, la imposibilidad de moverse o comunicarse constituyen un factor de riesgo de suicidio más.

El origen del suicidio en el adulto mayor se encuentra entre la conjunción de síntomas psicológicos, físicos y sociales, siendo el cuadro de depresión el más común en el diagnóstico de estos casos.

La mayoría de la población albergada se encuentra en riesgo al ser sujetos de abandono, debido a diversos factores entre los que se encuentran una economía precaria de la familia, desorganización y pobres lazos afectivos, así como el contexto violento y de desconfianza.

De acuerdo con lo anterior la conformación de redes sociales es un punto nodal ya que representan nuevas formas organizativas en las que se legitima a las instituciones en el que se fortalecen al relacionarse mediante una cooperación mutua y constante lo que también permite brindar alternativas de solución sobre las acciones que desarrollan en favor del grupo poblacional.

Se considera dar continuidad a esta investigación y establecer si la prevalencia del número de muertes anuales de adultos mayores en la Casa Hogar Vicente García Torres es un problema social susceptible de intervención profesional desde la mirada de trabajo social, así como, conocer en cuantos de los fallecimientos anuales de adultos mayores institucionalizados presentados en la Casa Hogar Vicente García Torres se identificaron conductas suicidas.

El definir si se trata de un problema susceptible de intervención social profesional implicaría diseñar, elaborar, pilotear y aplicar un instrumento que permita detectar conductas suicidas de los adultos mayores institucionalizados en la Casa Hogar Vicente García Torres planteado de acuerdo con el contexto y los indicadores observados acordes a los factores de riesgo para esta población.

INVENTARIO DE RECURSOS SOCIALES EN ANCIANOS.
DÍAZ VEGA

Fecha _____ Entrevistador _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y Apellidos _____

Edad _____ Sexo _____ Estado Civil ☐ casado/a ☐ soltero/a ☐ viudo/a ☐ separado/a ☐

Num. de hijos _____ vivos _____ fallecidos _____ ¿Tiene usted parientes? Hermanos ☐ Sobrinos ☐

Primos ☐ Nietos ☐

ANÁLISIS DE LAS RELACIONES (OBSERVACIONES)

Cónyuge

— Tiempo que comparte diariamente con su cónyuge

— ¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporciona su cónyuge?

— ¿La relación que mantiene con su cónyuge que le parece?

— ¿Qué se puede hacer para mejorar esta situación?

Total _____ Parcial _____

A.E. _____ A.I. _____

Buena ☐ Normal ☐ Tirando a mala ☐

Hijos

— ¿Con qué frecuencia ve, habla o se cartea con sus hijos?

— ¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporcionan sus hijos?

— La relación que mantiene con sus hijos que le parece?

— ¿Qué se puede hacer para mejorar esta situación?

1 _____ 2 _____ 3 _____

A.E. _____ A.I. _____

Buena ☐ Normal ☐ Tirando a mala ☐

Familiares

— ¿Con qué frecuencia ve, habla o se cartea con sus familiares?

— ¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporcionan?

— La relación que mantiene con sus familiares que le parece?

— ¿Qué se puede hacer para mejorar esta situación?

1 _____ 2 _____ 3 _____

A.E. _____ A.I. _____

Buena ☐ Normal ☐ Tirando a mala ☐

Amigos

— ¿Con qué frecuencia ve, habla o se cartea con sus amigos?

— ¿Qué tipo de ayuda o apoyo le proporciona?

— La relación que mantiene con sus amigos..., ¿qué le parece?

— ¿Qué se puede hacer para mejorar esta situación?

1 _____ 2 _____ 3 _____

A.E. _____ A.I. _____

Buena ☐ Normal ☐ Tirando a mala ☐

Bibliografía

Abdulhamid, Álvarez A., Álvarez M. S., Bustin, Cardona, Cetkovich Bakmas, Faccioli Finkelsztein,

Guinzbourg, Job, Kaminker, Litwak, Olmos, Peralta, Pisa, Richly, Woloski. (2012). Cuerpo, Mente y Psiquiatría. Revista Argentina de Psiquiatría 106, XXIII.

Argest, Gómez, A., Bianco, Carballada, Chamorro, Goldchluk, Keegan, Pelatelli, Pérez, Romero, Spivacow, Stolkiner, U., Carreño & Daneri. (2012). Salud Mental La polisemia de un concepto. Revista argentina de psiquiatría 101, XXIII

Ávila Cedillo, G., J. (2017). Los instrumentos y técnicas como cuestiones insolubles en el corpus teórico-metodológico del accionar del Trabajador Social. Margen, 86

· Gil, Á. (2020). Depresión y suicidio, documento estratégico para la promoción de la salud mental. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos.

Guzmán, M., C., Reyna Tejeda, C., Y., & Méndez Cano, J. (2017). Metodología de Intervención en Trabajo Social (1.a ed.). Casa Editora Shaad.

Hernández-Sampieri, Dr. R., & Mendoza Torres, Dra. C. P. (2020). METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: LAS RUTAS CUANTITATIVA, CUALITATIVA Y MIXTA. McGrawHill. https://www.academia.edu/43982331/METODOLOG%C3%8DA_DE_LA_INVESTIGACI%C3%93N_LAS_RUTAS_CUANTITATIVA_CUALITATIVA_Y_MIXTA

..Hernández Sampieri, Dr. R., Fernández Collado, Dr. C., & Baptista Lucio, Dra. M. P. (s. f.). Metodología de la investigación (5.a ed.). McGrawHill.

Kisnerman, N. (s. f.). Pensar el Trabajo Social, Una introducción desde el construccionismo (2.a ed.). Lumen Hvmanitas Buenos Aires – México

Massarik. (2021, 12 mayo). CÓMO REDACTAR EL ENFOQUE CUANTITATIVO EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PASO a PASO CON EJEMPLO [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=ANJk2pT7RfQ>

Monje Álvarez, C. A. (2011). Metodología de la investigación Cuantitativa y cualitativa Guía didáctica. UV. Recuperado 17 de agosto de 2023, de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Moutier, C. (2023, 19 abril). Conducta suicida. Manual MSD versión para público general. <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>

Nieto-Morales, C. (2019). La entrevista en trabajo social. Nieto-Morales, Concepción - Dykinson - Torrossa. <https://www.torrossa.com/it/resources/an/4522881>

Pabón, D. & Delgado, J. (2019). Métodos, modelos y valuación en la autopsia psicológica: Una revisión bibliográfica de Iberoamérica. Revista Criminalidad, 61(2): 145-159

Quiroz Neira, M. H. (2000). LA PRIMERA ENTREVISTA: UN PASO FUNDAMENTAL DEL PROCESO DE AYUDA EN TRABAJO SOCIAL. Trabajo Social, (2), 141–155. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/32779>

Ramos, A. R., & González, A. (2012). Suicidio en el adulto mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas, S5.

Tema 33. El Suicidio. Factores asociados con conductas suicidas. Actuación del sistema de salud ante el suicidio. Los supervivientes. Protocolo de atención a las conductas suicidas en la Policía Foral. (s. f.). Navarra.

Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la salud mental – SID. (s. f.). <https://sid-inico.usal.es/documentacion/depresion-y-suicidio-2020-documento-estrategico-para-la-promocion-de-la-salud-mental/>

