



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

ATENCION INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CON
ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS EN
LA CASA DE SALUD POPULAR SANTA TERESA.

**TRABAJO RECEPCIONAL
SEMINARIO DE AREAS SUSTANTIVAS DE
TRABAJO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A N :
FERNANDEZ RODRIGUEZ] BERTHA
GARCIA SAMPEDRO VERONICA LEONOR
HERNANDEZ GODOY CLAUDIA
TORRES SANCHEZ ANGELICA**

DIRECTOR: MTRA. MARIA DE JESUS LOPEZ AMADOR



MEXICO, D. F.

JUNIO-2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS



A LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

*Por brindarnos las herramientas necesarias para tener
una visión amplia sobre los problemas sociales
que se viven en la actualidad*

A NUESTRA ASESORA

La maestra María de Jesús López Amador

Por compartir sus conocimientos y experiencia



DEDICATORIAS



A MIS PADRES

*Por su apoyo incondicional
durante el desarrollo de mi carrera*

A MI HIJO

Por el amor que brinda día con día

A MI ESPOSO

Por su confianza y comprensión

Bertha



DEDICATORIAS



A MIS PADRES

Por su apoyo y comprensión

y especialmente

A TI MAMI

Por que has sido
un ejemplo para mi

Gracias

A MI SOBRINO JOSHUA

Para que en un futuro él también llegue
a tener una licenciatura
Te quiero mucho

Verónica



DEDICATORIAS



DEDICADO A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MI ESPOSO

Y A MI HIJA

Por su apoyo y comprensión

Gracias

*Los triunfos logrados no servirían de nada
si no hubiera con quién compartirlos*

Claudia



DEDICATORIAS



A MI MADRE

*Por brindarme el Don más divino: la vida
por su amor y apoyo incondicional
en los momentos más difíciles*

A MI ESPOSO

*Que juntos hemos recorrido parte de nuestras vidas
por su apoyo y confianza incondicional
en los momentos más difíciles*

A MI HIJA

*Que eres la razón por la cual
mi vida tiene sentido*

Angélica



ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	4
II.- SUSTENTACIÓN TEÓRICO-CONCEPTUAL	
2.1 TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS.....	11
2.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR.....	15
2.3 OBJETIVOS.....	21
2.4 HIPÓTESIS.....	22
2.5 CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES.....	22
2.6 MARCO INSTITUCIONAL.....	24
2.7 METODOLOGÍA.....	25
2.7.1 MUESTRA.....	26
2.7.2 INSTRUMENTOS.....	26
III.- CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL	
3.1 ANTECEDENTES.....	29
3.2 ASPECTO POLÍTICO.....	33
3.3 ASPECTO ECONÓMICO.....	38
3.4 ASPECTO CULTURAL E IDEOLÓGICO.....	40
IV.- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	44
V.- ESQUEMATIZACIÓN	49
VI. PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN	55
6.1 PROGRAMA 1.....	57
PROGRAMA DE APOYO PARA LA VINCULACIÓN FAMILIAR ENTRE EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS Y SU FAMILIA EN LA CASA DE SALUD POPULAR SANTA TERESA	
6.2 PROGRAMA 2.....	69
PROGRAMA INFORMATIVO SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO PARA EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS Y FAMILIARES QUE ASISTEN A LA CASA DE SALUD POPULAR SANTA TERESA.	

6.3 PROGRAMA 3 -----	80
-----------------------------	-----------

**PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SERVICIO QUE BRINDA
LA CASA DE SALUD POPULAR SANTA TERESA.**

VII.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES -----	91
---	-----------

VIII.- CONCLUSIONES -----	92
----------------------------------	-----------

IX.-GLOSARIO	98
---------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA -----	106
---------------------------	------------

ANEXOS

ETAPA I DE CONOCIMIENTO -----	113
--------------------------------------	------------

ETAPA II DE PLANEACIÓN -----	114
-------------------------------------	------------

ETAPA III DE INTERVENCIÓN -----	115
--	------------

ESQUEMA DE LAS ETAPAS -----	116
------------------------------------	------------

ENTREVISTA GUIADA PARA ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS -----	117
--	------------

ENTREVISTA PARA FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES -----	120
--	------------

APGAR FAMILIAR -----	121
-----------------------------	------------

PRESENTACIÓN GRÁFICA DE RESULTADOS

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento es resultado de la investigación realizada durante el seminario de áreas sustantivas en trabajo social fase XIX, en el se proporcionó al equipo de las herramientas necesarias para seguir el proceso metodológico de la investigación, la cual tiene como objetivo primordial analizar de que manera influye en el estado físico y emocional de los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas, la situación socioeconómica y la organización familiar para dedicar atención y cuidado al mismo.

Otro de los propósitos es construir un modelo de intervención el cual nos permitirá interpretar la situación actual de los adultos mayores en un tiempo y lugar específico las dimensiones que lo componen y la identificación de posibles soluciones, el cual tiene un enfoque sistémico ya que tomamos en cuenta a la familia y a la Casa de Salud como sistemas los cuales forman parte de un entorno mas amplio y complejo que es el sistema social.

Dicha investigación tuvo como marco institucional la Casa de Salud Popular Santa Teresa ubicada en la calle Akil esquina Balancan de la delegación Tlalpan, la población de estudio fueron los adultos mayores con enfermedades crónico

degenerativas que asisten a ésta, fue elegida esta institución por tener acceso directo a la información por medio de dos integrantes del equipo, que laboran desde el inicio en el proyecto en la delegación y conocen la estructura y manejo de las Casas de Salud.

La metodología de la investigación se inicio con el planteamiento del problema con sus respectivos objetivos y justificación, posteriormente se da paso a elaborar el análisis del marco teórico y contextual el cual consiste en revisión bibliográfica, hemerográfica y recopilación de la información, después de ello se construye el anteproyecto para dar paso a la selección de la muestra y recopilación de los datos para codificar y analizar los mismos y llegar así al diagnóstico social en donde se identificaron y jerarquizaron los problemas. Posteriormente se definieron y discutieron las estrategias a seguir, se procedió a programar las acciones elaborando los programas los cuales contienen algunas de las alternativas operativas de nuestra intervención llegando a elaborar la sistematización.

En el diagnóstico situacional se detecto que los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas enfrentan situaciones de abandono y soledad por parte de su familia sus condiciones de salud y psicológicas en algunos casos los imposibilita para realizar actividades en el trabajo y hogar por lo que demandan más atención y cuidados por parte de los miembros de la familia. Los cuidados que se le proporcionan al adulto mayor recaen regularmente en un solo integrante de la

familia ya sea el hijo o hija o algún nieto, esto dependiendo del tipo de familia a la que pertenezca el adulto mayor

Con relación al tratamiento y los medicamentos que debe de seguir el adulto mayor, la familia lo considera costoso por sus escasos recursos económicos llegando a suspender el seguimiento, deteriorando cada vez más su estado físico y sumando a esto el poco valor que la familia le tiene a este miembro.

Respecto a la convivencia familiar existe un desequilibrio que se expresa en la deficiencia de afecto, compañía, comunicación, unión e interacción y descuido hacia el adulto mayor ocasionada esta por la ausencia prolongada de los integrantes de la familia en el hogar por largas jornadas laborales y las distancias entre el trabajo y su casa, teniendo que asistir solos a las consultas medicas y esto hace que la familia no se involucre en el tratamiento.

Las estrategias para la solución de los problemas jerarquizados en el diagnóstico situacional son: fomentar el trabajo en equipo en la Casa de Salud para dar un servicio integral, implementar cursos sobre gerontología, crear talleres interactivos con el equipo médico, paciente y familia, para llevar a cabo dichas estrategias se diseñaron tres programas con temas relacionados a los adultos mayores como una respuesta de intervención profesional para la Casa de Salud Popular Santa Teresa

en la delegación Tlalpan en donde pretendemos que los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas y sus familiares regulen el equilibrio en la dinámica y organización familiar contando también con información necesaria y oportuna para brindarles una atención con calidad, así como la casa de salud otorgue un servicio integral a esta población.

El contenido del modelo de intervención presenta, en el primer apartado una breve introducción sobre el proceso de investigación, en el segundo se habla sobre la sustentación teórico-conceptual del modelo de intervención social donde se encuentra la teoría general de sistemas, situación actual del adulto mayor, objetivos, hipótesis, conceptualización de variables, marco institucional, muestra, instrumentos y procedimiento. El tercer apartado incluye el contexto internacional y nacional donde se hace un análisis de la problemática específica de los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas en los aspectos político, económico y cultural e ideológico, apuntando las respuestas o alternativas que distintos organismos ya sea del estado u otros han implementado para atender el problema.

El cuarto apartado contiene el diagnóstico situacional siendo este el resultado del análisis de las variables causa-efecto donde se utilizaron los instrumentos diseñados y se hace una identificación apuntando los cinco principales problemas que a su vez se jerarquizaron. El quinto apartado presenta la esquematización del

modelo el cual comprende de manera diagramada los componentes de cada una de las etapas.

El sexto apartado presenta la programación donde se describen los programas que se llevarán a cabo en la Casa de Salud los cuales son:

- 1.-Programa 1 "Programa de apoyo para la vinculación familiar entre el adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas y sus familiares que asiste a la Casa de Salud Popular Santa Teresa"**
- 2.-Programa 2 " Programa informativo sobre el proceso de envejecimiento para el adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas y familiares que asisten a la Casa de Salud Popular Santa Teresa".**
- 3.-Programa 3 "Programa para la mejora del servicio que brinda la Casa de Salud Popular Santa Teresa"**

El séptimo apartado es el cronograma de actividades donde se calendarizarán las actividades programadas y el último apartado comprende las conclusiones donde están los comentarios finales del proceso.

Una situación que alteró los planes fue que al momento de la aplicación de los instrumentos en la Casa de Salud por el tiempo designado a esta tarea no se alcanzaría a cubrir la muestra por lo que se buscaron otras estrategias para conseguir la información como realizar visitas a domicilio a los adultos mayores, lo que nos permitió observar directamente la dinámica familiar y así enriquecer la investigación.

Las ventajas que tuvimos fue que una integrante del equipo labora en la institución y conoce la población así como los expedientes desde el inicio del proyecto, el tipo de enfermedad que padece, su estructura familiar y en algunos casos su dinámica, también conoce la comunidad a la que se atiende, todo ello ayudo para que las visitas a domicilio se realizaran en corto tiempo y facilitando la obtención de información por parte de las personas por la confianza que les dio ver a la trabajadora social de la Casa de Salud.

La experiencia adquirida durante el seminario de áreas sustantivas, fue reforzamiento sobre el proceso metodológico de la investigación y la habilidad para crear un modelo de intervención, ya que este último no se adquirió durante la formación académica, asimismo nos permitió actualizarnos e innovar propuestas de intervención en el ámbito laboral.

Lo que se pretende con este modelo de intervención social es que el trabajador social labore transdisciplinariamente y tomar en cuenta al sujeto de estudio como parte de un sistema familiar, que puede sufrir alteraciones en su equilibrio por factores no esperados, como que un integrante de la familia padezca alguna enfermedad crónica degenerativa.

II SUSTENTACIÓN TEÓRICO-CONCEPTUAL.

2.1 TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS

"Hearn (1958-1959) hizo una de las primeras contribuciones a la aplicación de la teoría de sistemas al trabajo social. Las ideas de sistemas en trabajo social tienen origen en la teoría de sistemas generales de Von Bertalanffy (1971), se trata de una teoría biológica que propone que todos los organismos son sistemas compuestos de subsistemas, formando aquellos a su vez parte de unos microsistemas."¹ De este modo un ser humano es parte de una sociedad, esta teoría se aplica tanto a sistemas sociales (grupos, familias y sociedades) como a sistemas biológicos.

Bertalanffy consideró necesario identificar, para sus investigaciones en la biología, a los modelos conceptual-teórico, mecanicista y organicista, donde surge la proposición en la teoría general de los sistemas con el fin de dar una explicación científica de los todos y totalidades.

¹ Payne Malcolm. *Teorías contemporáneas de Trabajo Social, Una introducción crítica.* Barcelona p.177.

También hay múltiples enfoques que amplían la perspectiva de la teoría de sistemas entre ellas están la teoría de la comunicación, teoría de juegos y la Teoría de decisiones.

TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN

"En el sentido más amplio de la expresión, información es informar, transmitir datos, experiencias, ideas, propuestas, etc. o la comunicación mantiene la coherencia de toda organización".² La comunicación, es la capacidad de transmitir mensajes y de reaccionar frente a ellos, forma las organizaciones y parece que esto resulta cierto para diversos tipos de organizaciones: las de las células vivas en el cuerpo humano, las de las piezas de una calculadora electrónica y los de seres humanos, dotados de pensamiento en grupos sociales.

² Von Ludwing Berthalanfy *Teoría General de Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones, México.* P.226.

TEORÍA DE JUEGOS

Esta teoría se interesa por las alternativas y estrategias para la elección racional de acciones adecuadas ante ciertos estímulos y dentro de ciertos contextos sociales. La teoría de juegos no puede entenderse de una manera universal, absoluta, puesto que habrá tantos modelos como juegos alternativos pueden presentarse a las experiencias sociales. Los distintos juegos se han clasificado como juegos de estrategias de acuerdo a los intereses que persiguen los jugadores.

TEORÍA DE DECISIONES

En la teoría de juegos se requiere la elaboración de estrategias para realizar acciones, la selección de la estrategia adecuada para la acción implica una decisión.

La teoría de decisiones, más que un paradigma teórico acabado, se orienta al estudio de los métodos por los que se logra tomar decisiones en forma racional ante ciertas situaciones que pueden presentarse o se define la Teoría de Decisión como el estudio de la decibilidad en situaciones problemáticas.

Para el modelo de intervención se retoma la corriente teórica "Teoría General de Sistemas", debido a que tomamos en cuenta a la familia como un sistema en donde hay un proceso familiar el cual consiste en un conjunto de interacciones entre sus miembros, donde debe existir la comunicación para poderse organizar y tomar alternativas y estrategias para la toma de decisiones sobre algún evento que se presenta en la familia. Asimismo el adulto mayor forma parte del sistema con los que se relaciona e intercambia información para seguir viviendo y desarrollándose, cuando se llega a presentar alguna enfermedad principalmente las enfermedades crónicas degenerativas, que desequilibra el sistema familiar modificando su organización, ante esta circunstancia es cuando surge la necesidad de recurrir al sistema formal (Institución) teniendo esta los recursos para dar alternativas de solución a la problemática específica, ya que cuenta con distintos profesionales que pueden intercambiar ideas y dar enfoques diferentes a la situación presentada lo que conduce a un análisis profundo.

Con la interacción de ambos sistemas se forma una red social, la cual puede ser formada de cuidadores informales o naturales para que ayuden a la familia, amigos y vecinos que lo necesiten.

"Las tareas, del licenciado en trabajo social son: facilitar los contactos entre la gente y los sistemas de recursos, ayudar a la gente a utilizar y mejorar sus propias capacidades en la solución de problemas, mejorar la interacción entre la gente

dentro de los sistemas de recursos, contribuir al desarrollo y cambio de los sistemas y actuar como agentes de control social".³ Todo esto va a contribuir a que exista una atención integral al adulto mayor con enfermedades crónicas degenerativas

2.2. SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR

"Actualmente (1993), la población mundial de 60 años o más se estima en alrededor de 525 millones de personas y en las próximas décadas se prevé un fuerte aumento. De esta forma, hacia el año 2000 se estima que habrá en el mundo 616 millones y en el 2025, alrededor de 1,209 millones de personas de 60 años o más."⁴

"Así como la población mundial se ha modificado, México en los últimos 25 años también ha cambiado debido al descenso de mortalidad y fecundidad, una consecuencia de esta dinámica demográfica es el incremento de la población de 60 años y que en 1970 represento 3.7% de la población y en 1990 ascendió a 4.2% y se estima que para el año 2010 representara el 7.7% de la población total. Y se

³ Payne M. *op.cit.*.p.181.

⁴ Alvaro Carranza et al Conferencia Interamericana de Seguridad Social. *El Adulto Mayor en América Latina sus necesidades y problemas sociales*.p.13.

estima que para el año 2030 la población de la tercera edad alcanzara cifras de 17 millones de personas".⁵

En la actualidad el avance tecnológico ha incrementado la esperanza de vida de la población en general, pero en particular de los adultos mayores de todo el mundo, sin embargo este resultado puede verse opacado en la calidad de vida de las personas de edad avanzada si no cubre con las necesidades básicas de vida.

"En abril de 1994 La Organización Panamericana de la Salud decidió emplear el término de adulto mayor para identificar a las personas de 65 años de edad".⁶ En 1991 la ONU incluye los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de la tercera edad para que los países afiliados los incorporen o adopten a sus programas nacionales de salud, es importante que las personas de edad cuenten con la suficiente independencia sobre como y donde vivir, participen en la sociedad activamente, puedan recibir los cuidados y la protección de sus familiares y la comunidad, tengan acceso a recursos, educativos, culturales y recreativos que le permita su autorrealización y así poder enfrentar con dignidad los últimos años de su vida.

⁵ <http://www.insp.mx/salud/38/386-4.html>. *Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años p.2.*

⁶ Alvaro C. *op.cit.*...p.2.

Las enfermedades crónico degenerativas constituyen las principales causas de muerte en la población adulta y anciana. "Las enfermedades de la tercera edad se dividen en dos las primeras relacionadas directamente con el envejecimiento como cerebro vasculares, alzheimer, parkinson y osteoporosis, las segundas son las neurológicas, como esclerosis múltiple, esquizofrenia, úlcera, gota, colitis etc. Todos estos padecimientos están vinculados con algunos condicionantes sociales como la viudez, aislamiento social, carencia de servicios de salud para algunos estratos socioeconómicos de la población anciana".² La enfermedad crónico degenerativa es lenta pero constante, existe un común denominador de riesgo al que toda la población se ve expuesta en tanto aumenta su edad, no hay inmunidad, su severidad va aumentando y es causa de discapacidad, también adquiere una connotación distinta en las personas de la tercera edad, debido a su latencia prolongada, daños irreversibles que provoca y es factible de encontrar una alta morbilidad y discapacidad, todo ello provoca una demanda especializada de servicios de salud.

Todos los adultos mayores son considerados y tratados como grupos vulnerables por su avanzada edad, el que no aportan beneficio alguno y sí, por el contrario representan una carga socioeconómica para quienes lo rodean principalmente su familia, este rechazo aunado a la disminución de sus facultades físicas y/o mentales incrementa su condición de vulnerabilidad.

².<http://www.insp.mx/salud/38/386-4.htm> Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años.p.2

Con el paso del tiempo los roles culturales, en la religión y las estructuras sociales se han ido modificando, haciendo aun lado a los ancianos por los cambios en la economía, la gran influencia de otros países, nuestra economía se ha convertido en consumista y materialista, donde no hay un lugar para la gente que no aporta beneficio económico a la familia y la sociedad.

Cabe señalar, que el ciclo enfermedad-pobreza se presenta cada vez más en los adultos mayores lo que provoca un bajo nivel de ingresos y dificultad que tienen "para acceder a los servicios de salud, debido a que el 75% de los hogares mexicanos carecen de seguridad social y por ello el 5.2 por ciento de estos se empobrecen cada trimestres a causa de los gastos en salud que hacen".⁸

Ante esta situación la familia es la que por lo general se dedica al cuidado de estas personas, perdiendo la capacidad de ahorro en la medida en que uno de sus miembros se enferma sobre todo cuando se trata de una enfermedad de larga duración crónico degenerativa llegando a ocasionar gastos excesivos, provocando desequilibrio en la estructura y organización familiar, por ello, es importante señalar la intervención del trabajador social ya que trabajara con la familia para sensibilizarla y de esta manera se le pueda dar al adulto mayor un trato distinto tanto en la familia como en la misma sociedad.

⁸ Carolina Gómez Mena. Periódico *La Jornada*.37.

Asimismo se le brinde la atención y cuidado para que lleve el tratamiento adecuado de su enfermedad ya que por ser crónica se debe tener un cuidado especial. También el trabajador social participara conjuntamente con otras áreas, como médicos generales, psicólogos, enfermeras y especialistas. Ello con la finalidad de brindar una atención integral al adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas en la Casa de Salud Popular Santa Teresa.

Actualmente la política social en México se considera insuficiente para llegar a cubrir las necesidades básicas de la población mas pobre y para mejorar su calidad de vida. Con relación a la salud se denota una carencia de atención medica para aquellos habitantes que no cuenten con ningún tipo de servicio de salud generando esto en el proceso de su vida un descuido en su salud y provocando en la tercera edad un deterioro muy marcado e irreversible en muchos casos.

"La vejez es un estado de vulnerabilidad a cuestiones como insatisfacción, infelicidad, soledad, aburrimiento, estrés, inactividad, conflictos familiares, problemas económicos, etc., algunos padecimientos psíquicos mas típicos del anciano contribuyen sobremanera a acrecentar los riesgos de soledad y abandono afectivo que tan patógeno puedan resultar para el viejo, líos síntomas o síndromes demenciales, los depresivos y las actitudes paranoides son los que contribuyen a

que el viejo se encuentre solo o no sea comprendido por la familia con sus quejas y problemas continuos, siendo olvidado o maltratado por los demás⁹.

En la actualidad los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas constituyen un grupo vulnerable, en donde el trabajador social puede intervenir como enlace entre paciente, la familia y el equipo de salud para sensibilizar a los familiares con relación al cuidado, vigilancia, tratamientos y el desarrollo psicológico que estas personas presentan así como sus enfermedades.

Algunas de las instituciones que existen solo ayudan o asisten es decir, les brindan alimentación, techo y actividades recreativas a los adultos mayores, sin tomar en cuenta a la familia con la que viven, en esta investigación se propondrá trabajar conjuntamente con médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales desde una perspectiva integral y dinámica entre ambas partes. Tomando en cuenta que actualmente el trabajador social en el área de salud ejerce principalmente las funciones de investigación, administración, educación y asistencia, con la finalidad de detectar a tiempo la enfermedad en el adulto mayor, llegando a generar en las familias cambios y adaptaciones que ayuden y propicien una dinámica e interacción familiar que integren al adulto mayor.

⁹ Martín de la Gandara. *Envejecer en soledad*. P.29.

Cabe mencionar que se ve la gran necesidad de que el trabajador social logre una transdisciplinariedad con las principales áreas y especialistas que intervienen con los adultos mayores, como la salud y la Gerontología, para lograr una mayor comprensión de las actitudes y formas de actuar de estas personas con sus familias y la sociedad.

2.3 OBJETIVO GENERAL

Analizar de que manera influye en el estado físico y emocional de los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas, la situación económica y la organización familiar, para dedicar atención y cuidado al mismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Conocer como influye la situación económica en la atención del adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas.

-Identificar la organización de las familias para atender a sus adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas.

-Conocer el trato afectivo que reciben los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas por parte de sus familiares.

-Detectar el principal deterioro físico y emocional de los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas.

2.4 HIPÓTESIS

La organización familiar y la situación económica deficiente influye negativamente en el estado físico y emocional, así como en los cuidados y atención que se le brinda al adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas.

2.5 CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

La familia es la principal fuente de apoyo a los problemas de sus integrantes considerando a ésta como a un grupo de personas que habitan e interactúan en un mismo espacio físico, teniendo lazos consanguíneos comunes y por ende juega un papel primordial en el desarrollo del adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas, ya que esta enfermedad es latente, prolongada e irreversible y su gran deterioro provocan dificultades físicas y mentales del individuo.

Por lo que esta población requerirá de afecto, es decir mantener contacto diario, ayuda y preocupación por su bienestar físico manifestando un sentimiento de solidaridad, comunicación e integración y que haya una disponibilidad constante de

la gran mayoría de los individuos que integran la familia para coordinar sus acciones.

Cabe mencionar que con el paso del tiempo se ha estado buscando, dar mayor importancia al adulto mayor con la finalidad de revalorizarlo, como ser humano y por ellos distintas instituciones y organizaciones se están preocupando por crear distintos programas y proyectos y utilizar nuevos términos para identificar a los ancianos ejemplo de ello es que hoy en día se le reconoce como adulto mayor aquellas personas que son mayores de 65 años.

Asimismo el adulto mayor es una población vulnerable, ya que una de sus principales características es la inseguridad social, la carencia económica limitando su capacidad para prevenir o dar respuesta a situaciones de riesgo especialmente cuando existen padecimientos como las enfermedades crónico degenerativas, ya que estas son prolongadas e irreversibles, pues su gran deterioro provoca dificultades físicas y en algunos casos psicológicas, en este aspecto la familia es la principal fuente de apoyo a los problemas que enfrentan los adultos mayores, con enfermedades crónico degenerativas .

Existen también otros factores en la atención del adulto mayor, como la mantención del mismo pues existe una carencia de recursos económicos en la

familia, los cuales no alcanzan para mantener un mejor nivel de vida, por el escaso ingreso económico familiar repercutiendo en la atención y la salud del adulto mayor. Esto ocasiona que los miembros de la familia salgan en busca de mejoras económicas para tratar de solventar los gastos necesarios, es por ello que en la actualidad las mujeres (amas de casa) y los jóvenes se ausenten mas horas del hogar, implicando así un distanciamiento generacional entre jóvenes y adulto mayor, así como el resto de la familia.

2.6 MARCO INSTITUCIONAL

La investigación se realizó en la Casa de Salud Popular Santa Teresa, la cual forma parte del proyecto casas de salud (modelo cubano que el Dr. Rene Drucker adapto a nuestro país), son 11 Casas de Salud que se establecieron en la delegación política de Tlalpan, durante el gobierno del ingeniero Cuauhtemoc Cárdenas (1998) con el apoyo del Dr. Salvador Martínez Della Roca al frente de ésta, con el objetivo de brindar un servicio de salud integral a la población mas desprotegida de esta demarcación.

Para la instrumentación del proyecto los equipos de salud se encuentran constituidos por un médico, una enfermera, una trabajadora social, un psicólogo, una dentista y dos pasantes en medicina. Esta es la conformación de cada equipo que existe en las 11 casas de salud, ubicadas en zonas marginadas de la

delegación, en donde estos equipos de salud tendrán como responsabilidad fundamental elevar el nivel de salud de la población.

La Casa de Salud Popular Santa Teresa se localiza en la calle Akil esquina Balancan colonia Popular Santa Teresa, esta institución atiende a todas las personas que acuden a solicitar el servicio, sin importar que vayan de otras colonias y esta población se caracteriza por contar con bajos recursos económicos, además de ser emigrantes de otros estados de la República.

Es importante mencionar que la casa de salud cuenta con medicamentos a bajos precios para que la población pueda adquirirlos con más facilidad, o en su defecto, sino cuentan con ningún tipo de apoyo económico se les proporciona gratuitamente. La población que acude a esta institución se le cobra una cuota módica de \$15.00 pesos, cabe señalar que también asiste población adulta mayor que padece alguna enfermedad crónico degenerativa o de otro tipo, la investigación se realizó en la Casa de Salud Popular Santa Teresa ya que se tiene el acceso a la información.

2.7 METODOLOGÍA

A continuación se describe el proceso metodológico que se llevo a cabo para la selección de la muestra y los instrumentos que se utilizaron.

2.7.1 MUESTRA

De una población de 550 pacientes que acuden a la casa de salud mensualmente, aproximadamente el 10% (55 adultos mayores) son personas mayores de 65 años que padece alguna enfermedad crónica degenerativa, (entre las que destacan diabetes mellitus tipo II, osteoporosis, hipertensión y artritis), que han acudido en el año 2001. Por esta razón se selecciono una muestra probabilística estratificada tomando la media dando como resultado a 24 adultos mayores de los cuales padecían alguna de las enfermedades crónicas antes mencionadas, sin distinción de sexo, escolaridad, estado civil, religión y domicilio. Asimismo se entrevistaron a 10 familiares que acudan a la casa de salud, que tengan a un adulto mayor con las características antes señaladas .

2.7.2 INSTRUMENTO

Como instrumento utilizamos el cuestionario dirigido, (cara a cara) en donde se aplicaron dos entrevistas, una dirigida al adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas, otro a familiares del adulto mayor, así también se retomo de una revista un instrumento llamado APGAR Familiar (A=adaptabilidad, P=compañerismo, G=crecimiento, A=afecto, R=resolución), y se adapto para aplicarlo al adulto mayor.

El APGAR Familiar es un instrumento que nos va a permitir identificar el grado de satisfacción que tiene el adulto mayor hacia su familia según su nivel de funcionalidad o disfuncionalidad. El APGAR Familiar es uno de los primeros instrumentos elaborados por un médico familiar, con el propósito de diseñar un breve instrumento para uso diario en el consultorio del médico para obtener datos que reflejaran el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias, contienen cinco elementos: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y resolución. La escala de calificación incluye tres categorías de respuesta. *casi siempre* (2), *algunas veces* (1) y *casi nunca* (0). El puntaje de 7 a 10 sugiere una familia altamente funcional, de 4 a 6 es moderadamente disfuncional y de cero a 3 familia fuertemente disfuncional.

TÉCNICA

- La observación
- La entrevista

LOS NIVELES QUE SE EVALUARAN EN CADA RUBRO SON

- Factor económico
- Organización familiar
- Padecimiento de la enfermedad.

LOS CRITERIOS PARA LA MUESTRA

A continuación se menciona los criterios de inclusión

- adultos mayores que padezcan enfermedades crónico degenerativas
- Que sean mayores de 55 años
- Que vivan con algún familiar.

Criterios de exclusión

- Que no cooperen en la entrevista

III CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL

3.1 ANTECEDENTES

En el presente apartado se abordaran los cambios por los que atraviesan los adultos mayores, ya que en otras épocas las personas de edad avanzada de los países en desarrollo mantenían una influencia y una posición incuestionable, constituían una fuente de sabiduría, experiencia y conocimientos que las sociedades requerían para el desarrollo de las distintas actividades.

Al interior de la familia jugaba un papel productivo y afectivo que facilitaba o ayudaba a la interacción e integración familiar, desafortunadamente en la actualidad la población atraviesa por un proceso de cambios como son: históricos, político, económicos, la concentración urbana, los procesos de industrialización, adaptación en la familia, y en la fuerza de trabajo de esta manera los ancianos son desprotegidos al no contar con suficientes instituciones que atiendan sus necesidades y no cuenten con políticas sociales suficientes o adecuadas para sus necesidades, pues esta población sufre de abandono, discriminación lo cual contribuye a que no se le de el valor que merezca ya que anteriormente se le llamaba anciano o viejo.

Esta situación es una de las condiciones que eleva la vulnerabilidad de esta población, pues existe una marginación hacia ellos lo que dificulta tenga acceso a los servicios.

"Es por ello que en abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud decidió por primera vez emplear el término de adulto mayor para identificar a las personas mayores de 65 años de edad".¹⁰

"La Organización de las Naciones Unidas recomienda que es importante que las personas adultas mayores cuenten con la suficiente independencia para decidir cómo y dónde vivir, participen en la sociedad, puedan recibir los cuidados y la protección de sus familias y comunidad. Bajo dichos principios La Organización de las Naciones Unidas definió un conjunto de objetivos mundiales para el año 2001 que sirviera de orientación pragmática a las metas del Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento."¹¹

El envejecimiento esta determinado por el comportamiento de las tasas de fecundidad y mortalidad, mientras en algunas partes del mundo es notorio, en otras este proceso empieza a desarrollarse de acuerdo con los expertos en la materia

¹⁰Alvaro C. *op.cit.*,...p11.

¹¹ <http://www.insp.mx/salud/138/386/html>. *Indicadores y noticias de salud*.

este es un proceso que tarde o temprano deberán enfrentar las distintas sociedades. Los países desarrollados ya enfrentan este proceso de envejecimiento de sus poblaciones, y tienen una tasa muy baja de fecundidad y mortalidad, su población es mucho más vieja que las de otras partes del mundo y se prevé que envejecerá más.

El proceso de envejecimiento "este se define como un proceso natural, gradual de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social que ocurren a través del tiempo"¹² de la población modifica el término de los distintos segmentos de la pirámide poblacional, principalmente en la base, como resultado de una reducción en la tasa de natalidad en donde el número de nacimientos se empieza a reducir en forma considerable, y en la cúspide por el aumento en la esperanza de vida, en este caso las personas ya no mueren a edades tempranas, por el contrario su esperanza de vida es mayor.

En nuestro país desde los años treinta se ha registrado cambios sustanciales en la estructura, como en la dinámica de la población. "En 1950 había en el mundo 200 millones de personas de más de 60 años, mismos que representan el 8% del total de la población mundial. A partir de las proyecciones de la Organización de las Naciones Unidas para el año 2025 esa cifra se habrá sextuplicado ya que se prevé

¹² Sánchez Salgado Carmen Delia, *Gerontología social*, p.33.

que la población mundial de ancianos llegue a 1,200 millones o sea el 14% de la población total."¹³

"Actualmente en el Distrito Federal existen 738,336 personas de más de 60 años equivalente a 8.64% se estima que en el país de México para el 2010 habrá 10,104,931, equivalente a 9.0% y para el 2025 habrá alrededor de 19,587,219, es decir 15.6%."¹⁴

Este crecimiento acelerado de la población mayor de 65 años se debe también a los avances tecnológicos y de la medicina. Es importante mencionar que las proyecciones de población sugieren que las mujeres constituirán la mayoría creciente de las poblaciones de más edad, y esta población va a requerir de atención y demandará servicios que atiendan las necesidades que ellos presentan.

Esto aunado a las enfermedades crónico degenerativas, lo cual constituyen las principales causas de muerte en la población adulta y anciana. La enfermedad crónico degenerativa es lenta pero constante, existe un común denominador de riesgo al que toda la población se ve expuesta en tanto aumenta la edad.

¹³ Comisión Nacional de Derecho, *Los Derechos Humanos en la Tercera Edad*. . P. 9.

¹⁴ Periódico Reforma Sección "A" de negocios 6 agosto 2001. Pág.8

Es importante mencionar que a la vejez no siempre se llega de la mejor forma, es decir que no se cuenta con seguridad social que garantice bienestar en la última etapa de la vida, además la familia debe mostrar amor, compañía, afecto y comprensión. No obstante que este es un proceso inevitable que con frecuencia sorprende a las personas las cuales no están preparadas para enfrentar los retos que la acompañan, si a esto le sumamos la falta de sensibilidad en la sociedad, esta transición frecuentemente se vuelve mas difícil. El envejecimiento lleva al cese de la actividad laboral y la pérdida de ingresos, además de padecer alguna enfermedad crónico degenerativa en la cual la familia y el apoyo de la misma juega un papel fundamental para el cuidado y control de la enfermedad del adulto mayor.

3.2 ASPECTO POLÍTICO

En el mundo existen mil 500 millones de pobres a los que en materia de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que la mala salud perpetua la pobreza, por eso sugiere que se instalen esquemas que procuren ampliar la seguridad social, de ahí que uno de sus principales retos en salud en los países en desarrollo sea lograr la equidad al acceso en los servicios de salud.

Asimismo el Banco Mundial también propone crear un fondo nacional de salud que permita reunir los aportes obligatorios que garanticen la atención al paciente. De la

misma manera a raíz de lo anterior en Enero del 2000 se creó la Comisión sobre Economía y Salud (CMS), la cual tiene como finalidad lograr que la salud sea situada en el centro de las actividades de desarrollo. La directora general de la OMS, la Dra. Gr.o.Flarlem Brundtland considera que "la salud es la clave de la prosperidad, ya que cuando es buena contribuye directamente al crecimiento económico mientras que el ser mala conduce a la pobreza".

"El secretario de la Secretaria de Salud Julio Frenk menciona que uno de los ejes de política para el desarrollo es la salud, ya que en invertir en ella generara resultados positivos en el desarrollo económico y se construirá una sociedad equitativa con lo que se logran grandes niveles de competitividad, productividad y por ende un desarrollo económico"¹⁵.

Ante las propuestas de la OMS, BM y la CMS, el actual Secretario de la Secretaria de Salud Julio Frenk anticipa que para el año 2006 todo mexicano tendrá servicios de salud y propone un *seguro popular* (aflicción colectiva), *fortalecerá el seguro social* (elevará la calidad de la atención) e *incentivará a los seguros privados*, estas son algunas de las propuestas políticas de salud en México, sin embargo aún se desconoce en que consistirá realmente.

¹⁵ Carolina Gómez Mena. Periódico *la Jornada* junio 2001. p.39.

Sin embargo nos damos cuenta que "México es uno de los países más atrasados en relación al gasto en salud (5.6% del PIB), mientras que en Costa Rica se invierte 8.7% del PIB y Colombia"¹⁶ 9.3% PIB, por ello es en este sexenio se pretende incrementar en presupuesto a los servicios de salud, debemos tomar en cuenta que esto cada vez se ve más difícil puesto que en estos momentos no se han cumplido las promesas de campaña del actual presidente de llegar a un crecimiento de 7% y que es de menos de 1 el crecimiento económico del país.

El Gobierno del Distrito Federal (GDF) a empezado su política con programas dirigidos a grupos vulnerables. Para el caso de nuestra población de estudio, podemos citar algunas políticas publicas como son :

- a)Salud sin costo
- b)Adulto mayor(mayor de 70 años)
- c)Auto empleo para personas mayores.

a) SALUD SIN COSTO.

Consiste en un programa de servicios gratuitos para los capitalinos que no son derechohabientes de otras instituciones, sin embargo uno de los requisitos es que se tramite una credencial previa comprobación del domicilio que corresponda al

¹⁶ Margarita Vega. Periódico *Reforma* junio 2001. P.28.

Distrito Federal, además no menciona con claridad que otros requisitos se deben cubrir para obtener el servicio médico gratuito, cabe señalar que a pesar de que en la capital existen 213 centros de salud el gran problema es que no existe el personal suficiente para cubrir la demanda de servicio médico, ya que se dice que existen 4 655 médicos que atienden el sector salud lo que significa que debe haber más personal médico que atienda a los usuarios del sector salud, ya que con el programa que esta ofreciendo el GDF que será gratuito habrá más demanda y lo que va a provocar es que el personal médico no va a poder atender con calidad y calidez como se pretende.

b) ADULTO MAYOR (MAYOR DE 70 AÑOS)

El programa está coordinado por el Gobierno del Distrito Federal y la Secretaría de Salud, el cual consiste en otorgarle una ayuda económica al adulto mayor de \$600.00 pesos, la cuál va a ser depositada en una tarjeta y únicamente podrá hacer compras de su despensa mensualmente en los centros comerciales específicos, además garantiza servicio médico y medicamento gratuito en Centros de Salud.

C) AUTO EMPLEO PARA PERSONAS MAYORES.

Promueve la ayuda a los adultos mayores al entregar micro-créditos, con los cuales podrán auto emplearse y reincorporarse a la vida productiva. Y consiste en que las personas mayores de 55 años en adelante van a ser invitados a tomar cursos de capacitación con una beca de \$2 175.00 pesos al mes con una duración de tres meses, una vez que adquieren la capacitación el gobierno otorgará un micro-crédito que serían treinta mil pesos con los que pueda rentar un local e iniciar su negocio. Todo esto para la campaña de dignificación del adulto mayor que denomina "revolución blanca". Al igual que el anterior programa no dan los requisitos que cubrirá la persona para ser aceptados y cuanto presupuesto esta designado.

Uno de los retos del Sistema Nacional de Salud es la equidad, calidad y protección financiera, sin embargo en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 no expone un programa específico con relación a los adultos mayores, por lo tanto el Jefe de Gobierno del Distrito Federal destaca entre sus programas el interés por esta población.

Cabe destacar que la Organización de las Naciones Unidas bajo sus principios sobre la acción internacional sobre el envejecimiento, apoyaran la labor que desplieguen los países con relación al envejecimiento a partir del 2001 es por ello

que el Gobierno del Distrito Federal aprovecha esta oportunidad para implementar programas enfocados al adulto mayor para cubrir sus necesidades y mejorar sus condiciones de vida.

3.3 ASPECTO ECONÓMICO

Las proyecciones demográficas muestran que en 15 años se duplicará en México el número de adultos mayores de 65 años lo que va a significar grandes retos en los aspectos económicos y social sobretodo lo relacionado al sistema de pensiones y jubilaciones; esto sin tomar en cuenta que lo establecido para los pensionados no se está cumpliendo dejando desprotegidos a muchos ancianos que cuentan con pensiones que no les alcanzan para cubrir sus gastos mas necesarios, y cuando un adulto llega a ser jubilado se le considera un sujeto improductivo lo que significa que su familia tenga que comprometerse con su manutención y supervivencia.

En la actualidad una de cada cuatro personas que trabajaron arduamente, durante su vida, cuentan con acceso a un plan de jubilaciones y pensión lo que significa que el resto vive del apoyo de sus familiares o incluso otros continúan trabajando para sobrevivir. Ante esta situación el Presidente de la República Mexicana Vicente Fox anuncia que su Gobierno pondrá en marcha un sistema de micro-crédito

especial para los adultos mayores que quieran seguir trabajando y crear un pequeño changarro aun los que cuenten con alguna discapacidad.

Asimismo menciona que esta estructurando un modelo económico cuya finalidad es que cada familia tenga ingresos que generen por sí mismos, por sus habilidades, capacidades, produzcan con dignidad y gracias a su esfuerzo y trabajo, a ello le llamo un modelo humanista. Cabe señalar que en México su economía se basa en un modelo neoliberal el cual consiste en el libre mercado.

La seguridad social tiene como finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia medica, la subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo así como el otorgamiento de una pensión, sin embargo hay una preocupación pues una pensión en muchas ocasiones es mínima y el la actualidad muchos ya no contaremos con esta prestación social.

El ciclo enfermedad-pobreza-enfermedad se presenta cada vez más en adultos mayores, lo que provoca un bajo nivel de ingresos y dificultades que tienen para acceder a los servicios salud, ante ello las familias pierden su capacidad de ahorro en la medida en que uno de sus miembros enferma, pero cuando se trata de enfermedad de larga duración (crónico degenerativa) llega a generar gastos excesivos que presentan endeudamiento y/o pérdida de la capacidad de consumo

de otros satisfactores básicos, provocando un desgaste también físico, emocional y psicológico en la familia, así como la modificación de los roles en la familia ocasionandó un desequilibrio y adaptaciones que no se aceptan tan fácilmente.

3.3 ASPECTO CULTURAL E IDEOLÓGICO

En las sociedades antiguas a los ancianos se les consideraba como personas con gran sabiduría y experiencia por el recorrido de la vida y de los años con los que contaba, por ello se les concedía la autoridad para guiar y aconsejar a su comunidad, transmitiendo por medio de charlas sus conocimientos a las nuevas generaciones por estas y otras funciones contaban con un estatus privilegiado dentro de sus familias y la sociedad.

Asimismo el cuidado por parte de la familia hacia el adulto mayor era de forma organizada o se designaba algún miembro de la familia (regularmente al menor de los hijos) para su atención y cuidados por la edad que tenía o por alguna enfermedad que padeciera, se inculcaba a los menores el tomar en cuenta a los ancianos ya que todos en algún momento llegamos a esa edad y de esta manera escuchar las formas de ver la vida las creencias y costumbres que los antepasados construyeron, en cuanto a la religión que se profesaba regularmente el sacerdote o siervo que guiaba a los individuos eran personas ancianas.

Con el paso del tiempo los roles culturales, en la religión y las estructuras sociales sean ido modificando, haciendo aun lado a los ancianos por los cambios en la economía, la gran influencia de otros países, siendo la gente joven la que se ocupe de los cargos que anteriormente se designaba a los adultos mayores, nuestra economía se ha ido convirtiendo en consumista, materialista, donde no hay lugar para la gente que no aporta beneficio económico a la familia y a la sociedad.

Todo ha cambiado, los roles en la familia, mayor violencia y segregación entre los integrantes de ésta, hacia los ancianos un mayor índice de maltrato por las disminuciones física y mentales que se tienen por la avanzada edad, y si a este le aumentamos las enfermedades que se llegan a tener cuando se es anciano como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis y osteoporosis, que van degenerando el cuerpo y las facultades, claro siendo estas resultado de los cambios de las dietas, la gran industrialización de los alimentos que antes no existía, las condiciones físicas en las que nos desarrollamos y el ritmo de vida que se lleva en las grandes ciudades, este tipo de enfermedades llega a ocasionar una dependencia física y económica que regularmente tiene que cubrir la familia o las personas con las que convive el anciano.

Las instituciones que moldean los patrones de vida, disciplina y comportamiento son las escuelas y las iglesias como ya hemos mencionado, en la escuela nos inculcan los valores y el respeto hacia nuestro país, hacia la gente, y las diferentes

formas de pensar, sentir y actuar, en la iglesia nos transmiten historias para mantenernos quietos utilizando un Dios como protector o castigador de acuerdo a como actúes' con los semejantes, estos son aparatos ideológicos que sirven a los gobiernos para manipularnos y mantener estable el comportamiento de los individuos.

La institución mas importante es la familia que se ve afectada por los grandes cambios antes mencionados, los padres han tenido que dejar mucho tiempo solos a sus hijos, porque tienen que trabajar ambos y no tienen tiempo para platicar, escuchar e intercambiar ideas entre padres e hijos, ellos han tenido que buscar con quien hablar y ocupar su tiempo viendo televisión que transmite ideas y formas de vida que en ocasiones no se puede llegar a ellas tan fácilmente, todo esto cambiando la visión y forma de pensar de los hijos despreocupándose por mantener una familia unida.

Actualmente a los ancianos se les llama adultos mayores esto con el fin de dignificar la edad con la que cuentan, se pretende cambiar la forma de verlos, ya que a los 65 años muchos de ellos se encuentran en plenas facultades mentales y físicas para desenvolverse en un ambiente laboral, social y familiar, donde puede dársele la confianza para asignarle tareas que cumplirá con responsabilidad, esto es porque algunas instituciones se han dado cuenta del desplazamiento de estas personas en los diferentes ámbitos de su vida, desperdiciando lo que anteriormente

se valoraba como sus conocimientos, experiencias, por los años con los que se cuentan.

IV DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas de la Casa de Salud Popular Santa Teresa su edad fluctúa entre los 65 y 90 años de edad, formándose dos grupos el primero de 65 a 75 años que representa el 75% y el segundo grupo de 76 a 90 años con un 25%, del primer grupo se puede mencionar que a pesar de su edad y los deterioros en su salud aún pueden trasladarse por si mismos y asistir a sus consultas medicas para el control de su enfermedad y en el segundo grupo además del deterioro se suma la perdida de la vista, dolores intensos en las articulaciones y en ocasiones se llega al discapacidad lo que hace que dependan de alguno de sus familiares para satisfacer sus necesidades básicas lo que implica adaptaciones en la dinámica familiar .

Es importante mencionar que un 54% de la población entrevistada es del sexo femenino y su estado civil es viudas, separadas y algunas madres solteras y la principal ocupación que desempeñaron fue de empleas domesticas y campesinas. Con relación al sexo masculino este representa un 46% los cuales se encuentran en su mayoría casados y la ocupación que desempeñaban fue de albañilería y

campesinos. Esto debido a que en años anteriores no se contaba con **oportunidades** de estudio para poder acceder a otro trabajo con mayor **remuneración** y prestaciones sociales, tomando en cuenta que un **75%** de la **población** proviene de algún estado de la república.

Las principales enfermedades crónico degenerativas que aquejan a la **población de adultos mayores** que asisten a la Casa de Salud Popular Santa Teresa son **hipertensión arterial (45%), diabetes mellitus (25%), artritis(26%) y osteoporosis(3%),** dejando secuelas importantes en el estado físico y psicológico **del adulto mayor,** debemos mencionar que los entrevistados nos manifestaron **tener en promedio más de 15 años** padeciendo alguna de las enfermedades antes mencionadas.

FAMILIA Y ECONOMÍA

La mayoría de los adultos mayores vive con alguno de sus hijos por ello estos **(70%)** son los que se hacen responsables del cuidado y atención así como de los **gastos** que ocasiona la enfermedad, los entrevistados nos manifestaron que su **familiares** se ausentan la mayor parte del día por cuestiones laborales por esto un **45%** asiste solo a consulta y como consecuencia los familiares no se enteran del **estado de salud del adulto mayor.**

De los integrantes de la familia que trabajan la mayor parte perciben de 1 a 2 salarios mínimos lo que les imposibilita cubrir completamente el tratamiento del adulto mayor.

ORGANIZACIÓN Y CONVIVENCIA FAMILIAR

Al contar la familia con un adulto mayor con enfermedades crónicas degenerativas su dinámica se desequilibra por la reorganización de roles y responsabilidades con el también un 50% de los familiares entrevistados mencionan que se reúnen a la hora de la comida y así también los fines de semana se encuentran en casa con el adulto mayor sin embargo en las visitas a domicilio se observa que estos se encuentran fuera de las actividades cotidianas de los demás integrantes de la familia.

EL ADULTO MAYOR Y SU FAMILIA

Los datos obtenidos de los 24 (100%) adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas entrevistados, nos permitió obtener información sobre el grado de satisfacción que percibe cada paciente al evaluar las funciones del sistema familiar.

Los resultados del instrumento son: de acuerdo al puntaje del instrumento APGAR, el 38% de los entrevistados consideran que su familia es severamente disfuncional, el 17% responde que es moderadamente disfuncional sumando estos dos porcentajes el (55%) de los adultos mayores perciben a su familia disfuncional, esto significa que la familia no está cubriendo las funciones que le son encomendadas para que el individuo se desarrolle y pueda crecer en cualquier ámbito de la vida y lograr con ello bienestar en su vida.

De acuerdo a los rubros del instrumento aplicado, los cuales contemplan las cinco principales funciones que desempeña la familia, el adulto mayor percibe de la siguiente manera el trato que recibe del sistema familiar, en relación a la adaptabilidad recibe 31 puntos siendo esta una de los rubros más elevados lo que significa que la familia busca los recursos para la solución de los problemas, otro rubro que obtuvo mayor puntos es la del afecto con 32 puntos en donde manifiestan que se encuentran satisfechos con el amor y respeto que les dan sus familiares sin embargo, en los rubros de compañerismo (27 puntos) crecimiento (28 puntos) y acuerdos (21 puntos), donde manifiestan que no los toman en cuenta para discutir temas de interés así como de cambios en su vida y además agregan que su familia no está con ellos el suficiente tiempo.

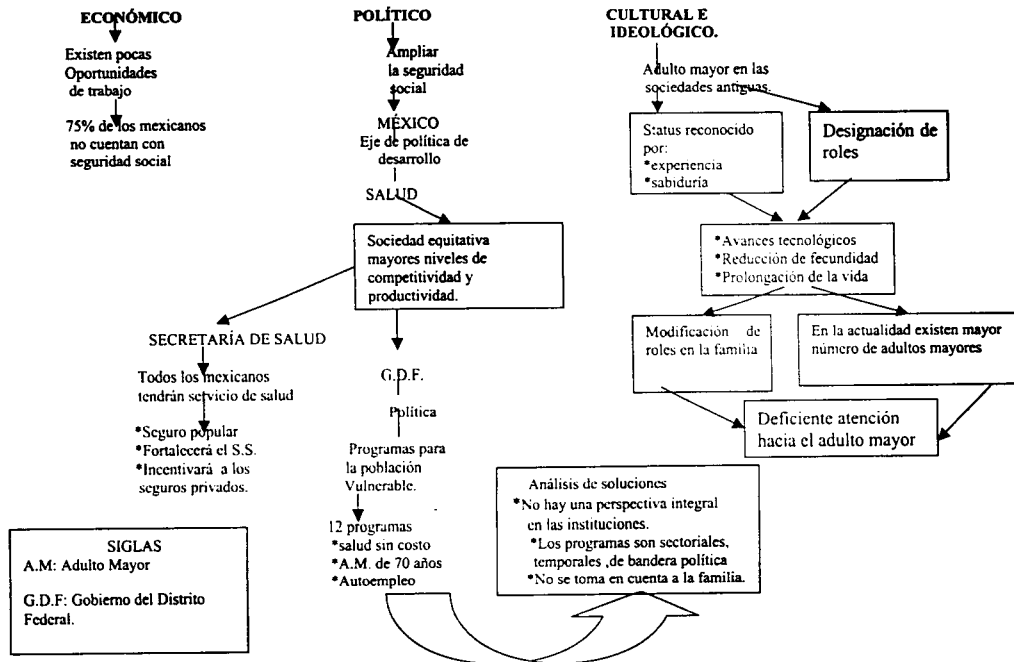
Los últimos tres rubros reflejan la soledad en la que se encuentran los adultos mayores por lo que el rubro de afecto únicamente lo contemplan como de respeto y

no de proporcionar cariño, amor, ayuda, preocupación y mantener contacto diario para su bienestar.

Mientras el 45% de los adultos mayores perciben a su familia como funcional ya que existe unión emocional (afecto 32 puntos) cohesión entre los miembros de la familia y se adaptan a los cambios y roles (31 puntos adaptabilidad) todo ello se debe a que prevalece la comunicación familiar con la capacidad de escuchar, conversar y claridad en el proceso de comunicación, todo ello lleva a que favorezca el respeto y a controlar factores de stress o conflictos familiares.

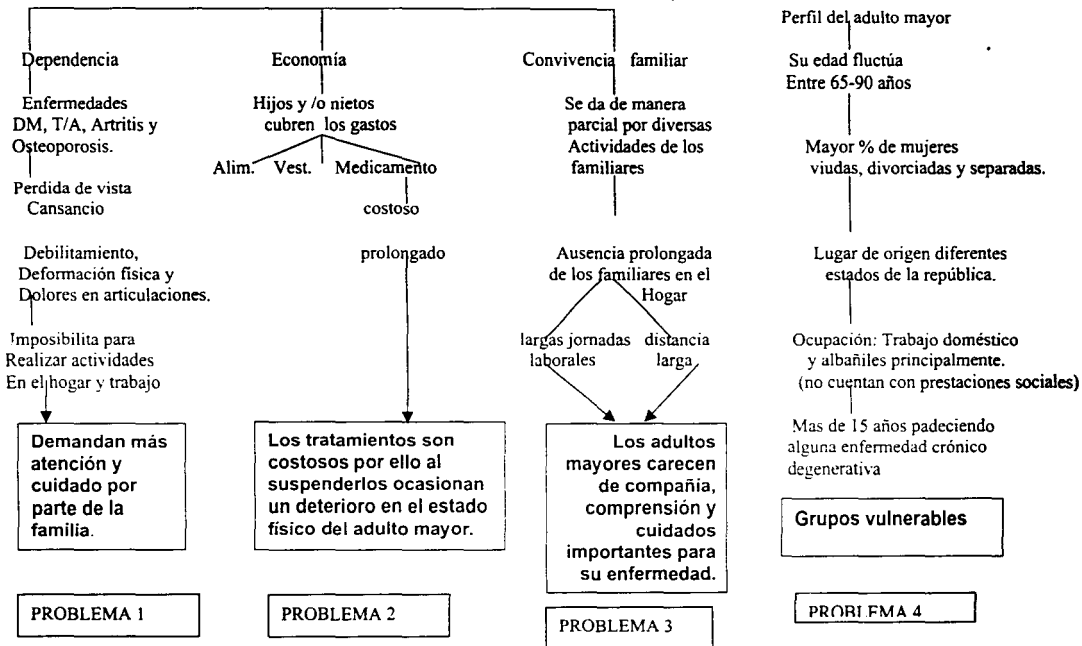
El conocimiento de las funciones familiares, son de gran utilidad para determinar la integración familiar , lo anterior nos lleva a la deducción de que cada componente será afectado en su comportamiento y desarrollo individual así como sus relaciones que existan entre ellas. Por ello consideramos necesario de la aplicación de instrumentos que evalúen el grado de funcionamiento de las familias y así poder actuar oportunamente contrarrestando la agudización de la enfermedad.

V ESQUEMATIZACIÓN DEL CONTEXTO

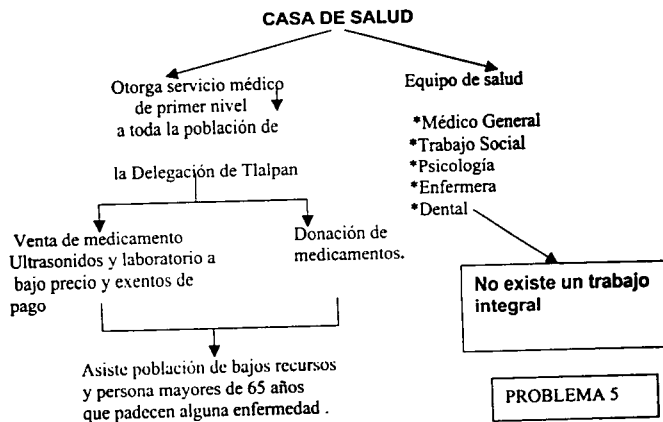


DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.

El adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas carece de compañía, comprensión y cuidados por parte de su familia



DIAGNÓSTICO SITUACIONAL



PLAN DE ATENCIÓN PARA LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS EN LA CASA DE SALUD POPULAR SANTA TERESA

OBJETIVOS

*Eleva el nivel de eficiencia del servicio en la Casa de Salud hacia el adulto mayor

META: Lograr que el 80% del equipo de salud actúe con una perspectiva integral

ESTRATEGIAS

- Fomentar el trabajo en el equipo de salud para dar un servicio integral.
- Implementar talleres sobre Geriatria y Gerontologia al equipo de salud
- Programación de seguimientos de caso a pacientes crónicos.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- * Juntas semanales de trabajo
- * Análisis de la problemáticas de pacientes crónicos.
- * Coordinación con otras instituciones

- * Contactar a especialistas para los cursos para el equipo de salud.
- * Visitas a domicilio T.S. y Médicos llevando un registro en bitácoras.

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SERVICIO QUE BRINDA LA CASA DE SALUD

- * Ejecución del taller sobre valores actitudes de respeto, responsabilidad y convivencia familiar
- * Pláticas sobre los cambios en el
- * Proceso de envejecimiento, cuidados y riesgos en las enfermedades crónico degenerativas
- * Diseño de trípticos informativos para cada taller

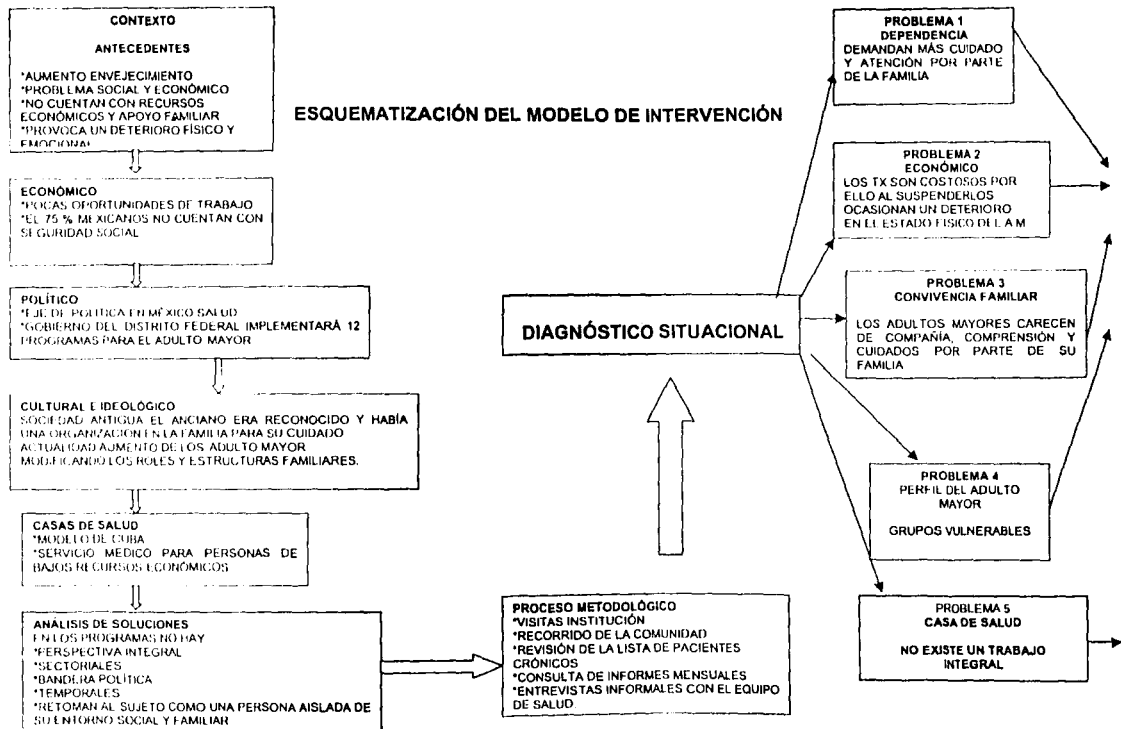
**PROGRAMAS
-VINCULACIÓN FAMILIAR
-PROCESO DE ENVEJECIMIENTO**

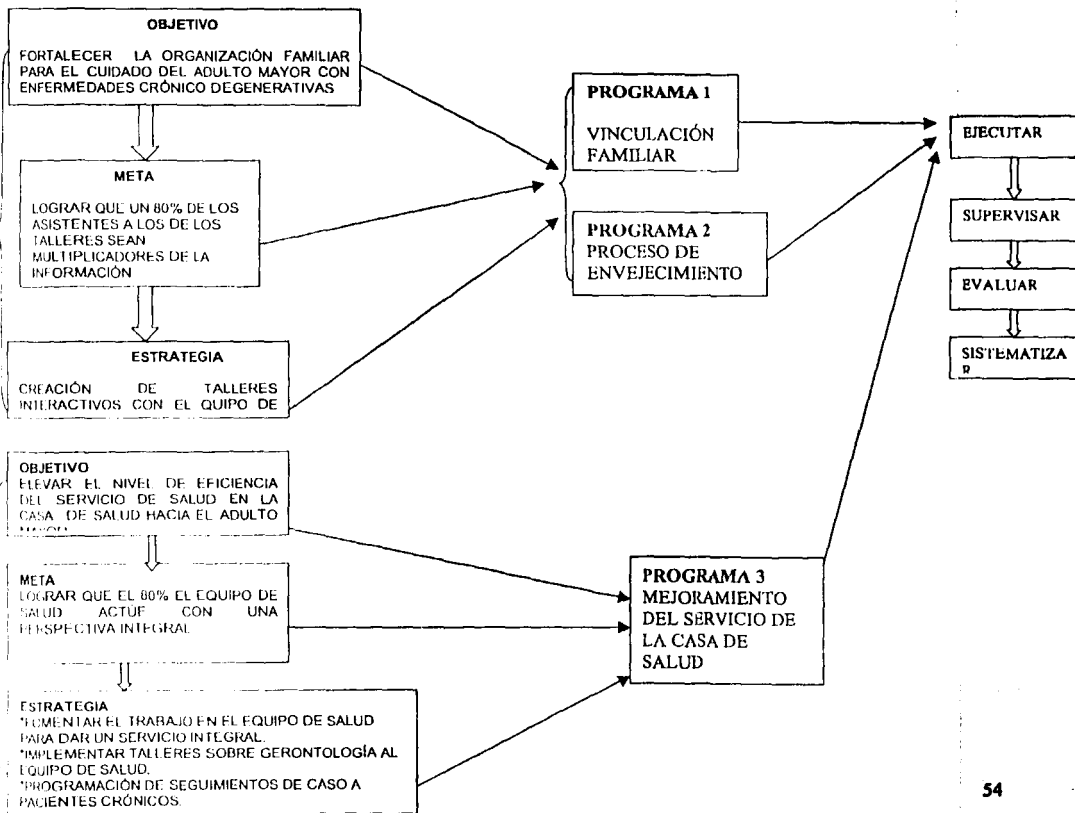
*Fortalecer la organización familiar para el cuidado del Adulto Mayor con E.C.D. a través del departamento de Trabajo social.

META: Lograr que un 80% de los asistentes A los talleres sean multiplicadores de La información.

- Implementación de talleres interactivos con el adulto mayor equipo de salud y sus familiares

ESQUEMATIZACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN





VI PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN

PLAN DE ATENCIÓN PARA LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS EN LA CASA DE SALUD POPULAR SANTA TERESA.

JUSTIFICACIÓN

Para dar alternativas de solución a los cinco problemas detectados en el diagnóstico situacional surge como una opción la creación de un plan, el cual tiene como objetivo primordial brindar una atención integral. Asimismo se diseñaron tres programas los cuales pretenden facilitar una comunicación e interacción entre los miembros de la familia conjuntamente con la institución.

OBJETIVOS

-Fortalecer la organización familiar para el cuidado del adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas.

-Elevar el nivel de eficiencia del servicio en la Casa de Salud hacia el adulto mayor

POLÍTICAS

- Diseñar programas para la atención del adulto mayor
- Proporcionar un servicio integral

ESTRATEGIAS

- Creación de talleres con el equipo de salud, paciente y familia.
- Fomentar el trabajo con el equipo de salud para dar un servicio integral.
- Implementar talleres sobre Gerontología al equipo de salud.
- Programación de seguimientos de caso a pacientes crónicos.

METAS

- Lograr que el 80% del equipo de salud actué con una perspectiva integral.
- Lograr que un 80% de los asistentes a los talleres sean multiplicadores de la información.

6.1. PROGRAMA 1

"PROGRAMA DE APOYO PARA LA VINCULACIÓN FAMILIAR ENTRE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS Y SUS FAMILIARES QUE ASISTEN A LA CASA DE SALUD POPULAR SANTA TERESA EN TLALPAN"

JUSTIFICACIÓN

Los factores económicos, políticos y culturales han provocado un desequilibrio en la estructura organizacional de la familia ya que ha ocasionado que la mayoría de los integrantes de la familia salgan en busca de mejoras económicas, por ello la ausencia de algunos integrantes de la familia provoca en ocasiones una convivencia parcial entre sus miembros originando así una ruptura de comunicación e interacción generacional. Ante estas circunstancias se ve en la necesidad de fortalecer la comunicación y valores familiares entre los miembros de la familia y el propio adulto mayor para que sea atendido con calidad.

POLÍTICA

-Orientar a la familia sobre temas relacionados a la comunicación y organización para el cuidado del adulto mayor.

ESTRATEGIA

-Implementar talleres.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la comunicación familiar para mejorar su nivel de organización familiar en el cuidado del adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Generar conocimientos novedosos que le sirvan al participante para orientar sus relaciones familiares y haya un cambio de actitud hacia el cuidado del adulto mayor.

2. Propiciar la autorreflexión entre los participantes en relación con la atención que tienen con el adulto mayor y propiciar estrategias para una adecuada organización familiar y así poder proporcionarle un cuidado con calidad.

3. Identificar los valores en los participantes y fortalecer los que se encuentran olvidados.

META

Lograr que un 80% de los asistentes reflexionen sobre la importancia de la comunicación y las relaciones familiares para un mejor cuidado y atención del adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas.

Lograr que un 60% de los asistentes sean multiplicadores de la información adquirida a sus familiares.

LÍMITE

ESPACIO: Casa de Salud Popular Santa Teresa (Departamento de Trabajo Social) y/o Centro Comunitario de la Colonia.

PERÍODO DE OPERACIÓN:

• 1 hora con 30 minutos.

7 semanas

UNIVERSO DE TRABAJO: adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas y un familiar, que asisten a consulta en la Casa de Salud Popular Santa Teresa.

ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	PROCESO	TIEMPOS
Elaboración del programa	Guía de programación	Una semana
Contactar con las instituciones para el apoyo de los recursos.	Notificar a MEXFAM y CIAM sobre el programa e informarles que necesitamos de su apoyo para poder ejecutarlo.	Una semana
Promoción del programa	A través de diseño de carteles y volantes y pega de carteles en lugares estratégicos de la comunidad y la Casa de Salud y de la entrega de volantes en las visitas a domicilio a los enfermos crónicos.	Una semana
Registro de asistentes	Elaboración de una lista de asistentes.	Una semana
Implementación de técnicas grupales	Técnicas de rompe hielo, comunicación, organización y socio dramas.	Tres sesiones
Proyección de películas relacionadas con el tema.	Videos del Ciclo Vital de la Familia, Saxofón y de Valores.	Tres sesiones
Elaboración de crónicas grupales	Se levantará la crónica de acuerdo al orden del día utilizando todos sus métodos.	Tres sesiones
Socio dramas	Representación del tema por los participantes utilizando su imaginación.	Una sesión
Mesas de discusión	Exposición del tema en grupo	Tres sesiones

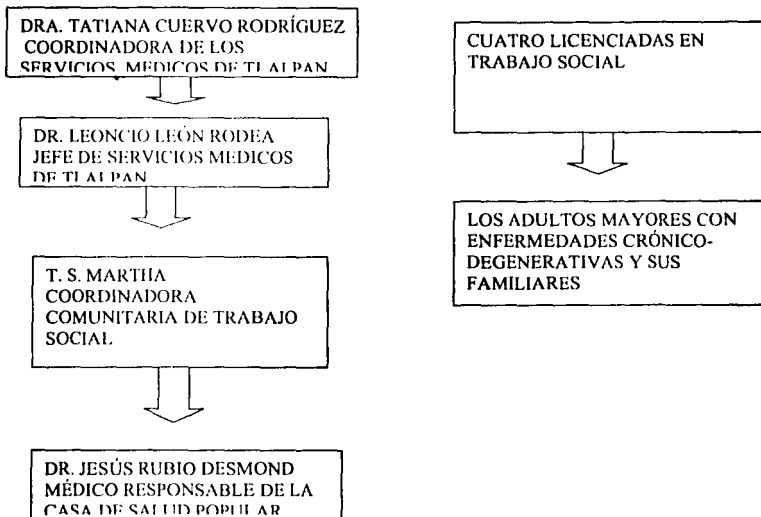
TEMARIO

CONTENIDO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	TECNICAS	TIEMPOS
I. Familia 1.1. Concepto 1.2. Funciones 1.3. Tipos 1.4. Ciclo Vital de la Familia	-Lista de asistencia -Entrega del material. -Levantar crónica del día -Aplicación técnica rompe hielo "Telaraña" -Aplicación del APGAR Familiar -Discusión sobre el concepto -Sociodrama de los tipos de familia -Proyección de la película ciclo vital de la familia y discusión grupal.	Ponente trabajadora social	Observación -Entrevistas -Técnicas grupales -Lluvias de ideas -Discusión grupal -Sesión en plenaria -Socio dramas	1 sesión Horario 1 hora con 30 minutos
II. Comunicación 2.1. Concepto 2.2. Tipos	-Lista de asistencia -Crónica del día -Discusión sobre el concepto -Técnica de comunicación "teléfono descompuesto" -Proyección de la película saxofón -Sesión plenaria sobre la película.	Ponente trabajadora social	Observación -Técnicas grupales -Lluvia de ideas -Discusión grupal	1 sesión Horario: 1 hora con 30 minutos
III. Valores Familiares 3.1. Concepto Valor 3.2. Clasificación de Valores 3.3. Valores Familiares	-Lista de asistencia -Crónica grupal -Técnica de organización "las botellas" -Discusión sobre el concepto valor -Proyección de la película Valores -Reflexión sobre la clasificación de valores -Aplicación del APGAR Familiar	Ponente trabajadora social	Observación -Entrevista -Discusión en plenaria -Exposición grupal e individual	1 sesión Horario 1 hora con 30 minutos

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	SEMANAS						
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7a
Elaboración Programa	X						
Coordinación Institucional		X					
Promoción del Taller			X				
Registro de pacientes				X			
Tema familia Concepto					X		
Funciones					X		
Tipo					X		
Ciclo Vital de la Familia					X		
Tema Comunicación Concepto						X	
Tipos						X	
Tema Valores Concepto de Valor							X
Clasificación de Valores							X
Valores Familiares							X
Cierre del Curso							X

ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA



No DE PERSONAL	FUNCIONES
4 Licenciadas en trabajo social.	*Ponentes *Coordinación

Los organismos que colaboraran en el programa son los siguientes:

- MEXFAM (Fundación Mexicana para la Planificación Familiar)
- CIAM (Centro de Integración y Apoyo a la Mujer)
- Centro Comunitario
- Casa de Salud Popular Santa Teresa
- Delegación de Tlalpan
- Coordinación Médica de la Delegación de Tlalpan

FINANCIAMIENTO

Las instituciones que apoyan a la Casa de Salud proporcionaran el material necesario para llevar acabo el programa sin costo alguno.

GASTO PERSONAL

Cuatro licenciadas en trabajo social no generaran gastos por impartir el curso ya que son las integrantes del equipo.

MATERIALES

80 plumas o lápiz

100 hojas blancas tamaño carta

100 fólder

10 marcadores

50 hojas para rotafolio

5 cartulinas

10 revistas

5 tijeras

1 bote de resistol

1 Equipo de cómputo

1 Televisión

1 video casetera

25 sillas

1 rota folio

3 videos

1 retroproyector

1 Camara fotográfica

Serán proporcionados por la Coordinación de Tlalpan, la Casa de Salud e Instituciones de apoyo gratuitamente.

Para la obtención de los fondos se enviara un oficio a las distintas instituciones solicitando el apoyo con el siguiente material:

MEXFAM Y CIAM : Apoyo de 1 televisión, 1 video casetera y 3 videos.

CENTRO COMUNITARIO: Espacio Físico y sillas, pizarrón

CASA DE SALUD: Espacio físico, sillas, rota folio y equipo de cómputo.

DELEGACIÓN DE TLALPAN : 1 cartucho para la computadora y retroproyector

Para un adecuado manejo de los fondos las cuatro licenciadas en trabajo social se encargarán de supervisar que el material se encuentre a tiempo en cada sesión y que se utilicen adecuadamente.

SUPERVISIÓN

La supervisión será llevada por la coordinadora comunitaria de trabajo social de los servicios médicos de Tlalpan en cada taller, a través de las técnicas de la observación, entrevista, aplicación del instrumento APGAR FAMILIAR y visitas a domicilio a los asistentes para saber que cambios se ha obtenido en el hogar. Los instrumentos que se utilizaran son: lista de asistencia, crónicas de taller, instrumento APGAR Familiar, diario de campo, cedula de conocimientos, sugerencias y fotografías de cada sesión.

EVALUACIÓN A PARTICIPANTES

- Se aplicará una cédula sobre los conocimientos adquiridos en cada sesión
- Aplicación del APGAR Familiar al inicio y término del curso.
- Visitas a domicilio al término del curso.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- Estructura Familiar
- Organización
- Integración

- Comunicación
- Escala de familia funcional
- Escala de familia disfuncional

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Aplicación de una cédula a los participantes para conocer sus expectativas sobre el curso y sugerencias sobre el mismo.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

- Permanencia y deserción de los asistentes
- Numero de casos para la atención individualizada
- Dinámica familiar

6.2 PROGRAMA 2

“ PROGRAMA INFORMATIVO SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO PARA EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS Y FAMILIARES QUE ASISTEN A LA CASA DE SALUD POPULAR SANTA TERESA ”.

JUSTIFICACIÓN

La información con la que cuentan los familiares de los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas, es deficiente y en ocasiones equivocada, aunando a esto el insuficiente interés por parte de la familia para el cuidado y comprensión de la actitud del adulto mayor, es por ello que se crea este programa cuyo propósito es proporcionar información especializada y detallada sobre lo que es el proceso de envejecimiento, los cambios por los que pasa esta población y las complicaciones de una enfermedad crónico degenerativa.

POLÍTICA

-Generar campañas de difusión e información oportuna hacia la población que asiste a la Casa de Salud .

ESTRATEGIAS

-Elaboración de material informativo sobre diversos problemas que afectan a población y ponerlos en lugares estratégicos a si como entregarlos en las consultas diarias.

-Renovar y actualizar constantemente dicha información para que corresponda a las necesidades de la población.

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar información sobre el proceso de envejecimiento a los familiares y adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas y complicaciones de estas después de los 65 años, para generar cambios favorables en la dinámica familiar.

METAS

Que un 70% de la población que asista al programa obtenga información actualizada, oportuna y precisa sobre los cambios y complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas en los adultos mayores y cambios psicológicos.

Lograr cambios en la dinámica familiar que apoyen el desarrollo del adulto mayor en un 50% de los de los asistentes al taller.

LÍMITES

ESPACIO En la Casa de Salud de la colonia Popular Santa Teresa, Delegación Tlalpan

PERÍODO DE OPERACIÓN. 7 semanas

UNIVERSO DE TRABAJO. adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas y sus familiares así como gente interesada en los temas, que acuden a la Casa de Salud.

ANEXO 1

ACTIVIDADES	PROCESO	TIEMPO
Elaboración del programa	Guía de programación	Dos semanas
Selección de temas para el curso-taller	Dos reuniones con los especialistas	Dos semanas
Diseño de carteles y trípticos.	Con la información seleccionada, se diseñarán por computadora.	Un día
Promoción del curso-taller	Con carteles y trípticos alrededor de la Casa de Salud y la sala de espera.	Dos semanas
Inicio de la exposición por parte del Psicólogo con retroproyector y técnicas.	Lluvia de ideas,	
Exposición del médico especialista con videos y técnicas	Las técnicas de presentación, análisis del video	

TEMARIO

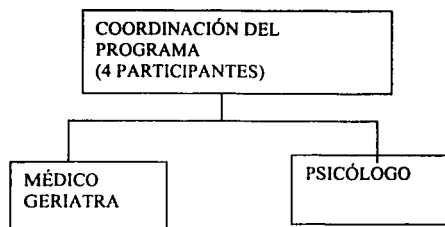
CONTENIDO	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	TECNICAS	TIEMPOS
<p>Cambios físicos después de los 60 años *Conceptos de Enfermedades Crónico degenerativas *Deterioro por Diabetes , Hipertensión, osteoporosis y artritis. *Control adecuado de las Enfermedades Crónico Degenerativas</p>	<p>*Lista de asistencia *Exposición por parte del especialista *Proyección de video *Análisis de video</p>	<p>*Trabajadora social *Medico Geriatra</p>	<p>*Presentación del ponente *Mesa de discusión y análisis *Sociodrama *Colase necesidades del Adulto Mayor.</p>	<p>Dos sesiones de una hora y treinta minutos..</p>
<p>*Etapa del retiro *Adaptación al nuevo rol familiar *Adaptación y desarrollo de las enfermedades crónico degenerativas</p>	<p>*Registro de participantes *Exposición por parte del especialista. *Levantamiento de crónica grupal *Aplicación de cuestionarios</p>	<p>*Trabajadora social *Psicólogo</p>	<p>*Telaraña *Observación *Lluvia de ideas *Sección de preguntas y respuestas.</p>	<p>Dos sesiones de una hora treinta minutos</p>

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

SEMANAS

ACTIVIDADES	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª
Selección de temas para el curso-taller	X	X					
Diseño de carteles y trípticos	X	X					
Promoción de curso-taller		X	X				
Exposición del Geriatra cambios físicos después de los 65 años				X			
Conceptos de las enfermedades crónico degenerativas y los deterioros físicos				X			
Control adecuado de la diabetes, hipertensión, artritis y osteoporosis					X		
Exposición del psicólogo etapa del retiro					X		
Adaptación al nuevo rol familiar					X		
Adaptación y desarrollo de las enfermedades crónico degenerativas.						X	
Evaluación y cierre de actividades							X

ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA



FUNCIONES

Licenciado en trabajo social responsable del programa.

Médico Geriatra ponente sobre los temas relacionados con las enfermedades crónico degenerativas en los adultos mayores.

Psicólogo ponente sobre el proceso psicológico después de los 65 años

PERSONAL

Licenciado en trabajo social de la casa de salud
Ponente
Coordinador

Psicólogo de la Casa de Salud para exponer los temas

Médico Geriatra de Las Casas de Salud para exponer los temas con
relación a las enfermedades crónico degenerativas

ORGANISMOS QUE COLABORARÁN CON EL PROGRAMA

Escuela Nacional de Trabajo Social

Facultad de Medicina de la UNAM.

Coordinación Médica de la Delegación Tlalpan

FINANCIAMIENTO

El costo total estimado del programa será cubierto por las instituciones.

GASTO DEL PERSONAL

El Psicólogo es parte de la Casa de Salud

El Médico Geriatra es parte de las Casas de Salud

RECURSOS MATERIALES

20 sillas

2 mesas

100 hojas

1 televisión

1 video casetera

20 cartulinas

10 plumones

1 pizarrón

3 películas

diapositivas

20 lápices

INSTITUCIONES QUE APOYARAN EL PROGRAMA

-ENTS : retroproyector

-MEXFAN: televisión, video casetera y grabadora

-FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM: videos y diapositivas

-CASA DE SALUD: espacio físico, sillas, mesas.

-COORDINACIÓN MEDICA: papelería y apoyo para la ejecución del programa.

MANEJO DE RECURSOS

Las cuatro Licenciadas en trabajo social se encargaran de coordinar y supervisar que los recursos tanto humanos y materiales se utilicen adecuadamente y que estos se presten oportunamente

La supervisión la llevara acabo la coordinadora comunitaria de trabajo social de la delegación Tlalpan por medio de :

Participación del grupo

Comentarios del grupo con respecto a los temas expuestos

INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA

Crónica grupal levantada por el licenciado en trabajo social

Registro del grupo, se enviará a la coordinación médica para mantenerlos informados sobre los avances del problema

EVALUACIÓN

a) Cualitativa

Durante la ejecución, semanalmente el programa por parte del trabajador social con cuestionarios, preparación de temas por parte del grupo y visitas domiciliarias

Al término del programa.- con relatos sobre soluciones a su problemática, cuestionarios y visitas a domicilio, por parte del trabajador social y los especialistas.

b) Cuantitativa

Cumplimiento de las sesiones programadas

Asistencia de 70% de los integrantes del grupo

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- Cambios en la dinámica familiar.
- Índice de deserción o permanencia de la población.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

PROGRAMA 3.

"PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SERVICIO QUE BRINDA LA CASA DE SALUD POPULAR SANTA TERESA"

JUSTIFICACIÓN

En la Casa de Salud Popular Santa Teresa el equipo que labora se encuentra desorganizado, ya que no existe una comunicación abierta, no discuten los temas o problemas que se presentan, además de que no se otorga una atención oportuna y especializada para atender al adulto mayor. Debido a ello se crea un programa para la mejora del servicio que brinda la Casa de Salud, con la finalidad de brindar un servicio de calidad al adulto mayor.

POLÍTICA

-Capacitar al equipo de salud sobre temas de Gerontología para que se brinde una atención integral.

ESTRATEGIA

-Implementar cursos de capacitación al equipo de salud sobre Gerontología

OBJETIVO GENERAL

Brindar una atención integral a la población que asiste a la Casa de Salud, por parte del equipo de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

-Organizar de manera eficiente y eficaz los servicios que brinda la Casa de Salud.

-Proponer una nueva organización que permita la interacción entre médico, enfermería, trabajo social y psicología para la atención que brinda la Casa de Salud.

METAS

-Con la nueva organización que se llevará en la Casa de Salud se logre en un 80% la eficacia y eficiencia de los servicios que otorga .

LÍMITES

ESPACIO. El programa se realizará en la Casa de Salud Popular Santa Teresa de la delegación Tlalpan.

PERÍODO DE OPERACIÓN: El programa se llevará a cabo en un período de 6 semanas.

UNIVERSO DE TRABAJO. Las personas que participarán en el programa consta del equipo de salud (Un médico, una enfermera, un psicólogo, una dentista y cuatro trabajadoras sociales).

ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	PROCESO	TIEMPO
Elaboración de programa	Guía de programación	Una semana
Elaboración de invitación	Diseño de invitación para el programa	Una semana
Contactar con ponente	Coordinación con distintas Instituciones	Una semana
Elaboración de cédulas para la evaluación	Diseño de instrumento para aplicar cédula al personal y a pacientes	Una sesión
Elaboración de trípticos	Diseño de trípticos de acuerdo al tema	Una sesión
Elaboración de crónica	Se realizará al término de cada sesión	Cuatro sesiones
Registro de participantes	Elaborar lista de asistencia	Cuatro sesiones

TEMARIO

CONTENIDO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	TÉCNICAS	TIEMPOS
Relaciones Humanas	-proyección de película -entrega de material -Registro de participantes -aplicación de cédula de evaluación. -crónica grupal	Ponente Psicólogo	-Técnica de rompe hielo -integración comunicación planeación autoestima	-tres sesiones de 2hrs
- Deberes y obligaciones de médicos y familiares del adulto mayor	-entrega de trípticos -aplicación de cédula para la evaluación -crónica grupal	Ponente Trabajadora social	-discusión sobre el tema -lluvia de ideas	-una sesión de 2hrs
-Derechos del adulto mayor	-entrega de material -proyección de película -aplicación de cédula de evaluación -crónica grupal	Ponente Abogado	participación grupal -comentarios sobre la película.	-una sesión de 2hrs.
-Gerontología(aspecto Biológico, psicológico y social)	-entrega de material -aplicación de cédula de evaluación -crónica grupal	Ponente Geriatra	-exposición en acetatos -discusión grupal	-una sesión de 2 hrs.
- Nutrición Dieta Diabetes y Hipertensión Arterial	-entrega de trípticos -aplicación de cédula de evaluación -crónica grupal	Ponente Nutriologa	-Exposición en acetatos -comentarios	-una sesión de 2hrs.
-Nutrición Dieta Osteoporosis y Artritis	-aplicación de cédula de evaluación -crónica grupal -proyección de película	Ponente Nutriologa	-comentarios sobre la película -discusión grupal	-una sesión de 2hrs.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

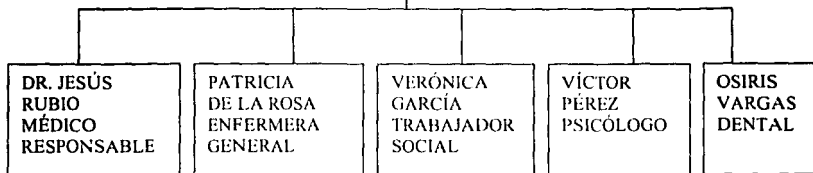
ACTIVIDADES	SEMANAS					
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Elaboración del Programa	X					
Elaboración Invitación	X					
Contactar Ponentes		X				
Elaboración Cédulas			X			
Elaboración Trípticos			X			
Registro de Participantes				X		
Relaciones Humanas				X		
Deberes y obligaciones de los médicos y familiares de a.m.					X	
Derechos del adulto mayor					X	
Gerontología					X	
Nutrición						X
Dieta Diabetes y Hipertensión						X
Nutrición Dieta Osteoporosis y Artritis						X

**ORGANIZACIÓN
INSTITUCIÓN**

DRA. TATIANA CUERVO
COORDINADORA DE
SERVICIOS MEDICOS DE
TLALPAN

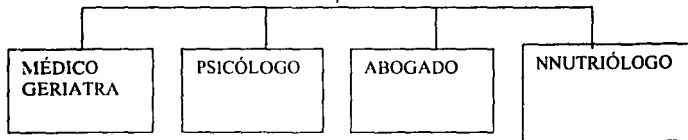


DR. LEONCIO LEON RODEA
JEFE DE SERVICIOS MEDICOS
EN TLALPAN



**ORGANIZACIÓN
PROGRAMA**

CUATRO LIC. EN
TRABAJO SOCIAL



No DE PERSONAL	FUNCIONES
Cuatro Lic. trabajo social	Ponentes y Coordinadoras
Médico Geriatra	Ponente
Psicólogo	Ponente
Abogado	Ponente
Nutriólogo	Ponente

ORGANISMOS QUE COLABORARÁN EN EL PROGRAMA

Entre las Instituciones que apoyarán el programa son:

- MEXFAM. (FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR)
- CIAM (CENTRO DE INTEGRACIÓN Y APOYO A LA MUJER)
- CASA DE SALUD EL MIRADOR II
- CASA DE SALUD VALLER VERDE
- CIJ (CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL)
- INAPlen (INSTITUTO NACIONAL DE ADULTOS EN PLENITUD)
- P.G.J.D.F. (PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL)
- E.N.T.S. (ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL)

FINANCIAMIENTO

El programa será financiado con los propios recursos de la institución

GASTO PERSONAL

- Cuatro trabajadoras sociales
- Médico Geriatra
- Psicólogo
- Nutriólogo
- Abogado

El personal que apoyará el programa prestará sus servicios gratuitamente por ser instituciones que apoyan a la comunidad.

RECURSOS MATERIALES

- 1 video casetera
- 1 grabadora
- 1 televisión
- 1 proyector de acetatos
- películas
- trípticos

Serán proporcionados por las instituciones que apoyarán el programa gratuitamente.

- 15 marcadores
- 50 hojas blancas
- 10 lápices
- 15 plumas
- 1 mesa
- 10 sillas
- 1 rota folio

Serán proporcionados por la Casa de Salud donde se llevará a cabo el programa.

Para la obtención de fondos se enviara un oficio a las distintas instituciones solicitando el apoyo con el siguiente material.

- MEXFAM. Apoyará con video casetera, grabadora y televisión.
- CIAM. Psicólogo
- CASA DE SALUD EL MIRADOR II. Médico Geriatra.
- C.I.J. Películas
- INAPlen. tripticos
- P.G.J.D.F. Abogado y trípticos
- E.N.T.S. Proyector de acetatos

MANEJO DE FONDOS

Las cuatro Licenciadas en trabajo social se encargarán de supervisar que los recursos tanto humanos como materiales se utilicen adecuadamente, y que estos se presten oportunamente.

SUPERVISIÓN

La supervisión se realizará a través del control de asistencia, así como informes de actividades semanales, revisión de libretas de visitas a domicilio de los referidos, y revisión de directorio que atienden al adulto mayor. Utilizando como técnicas la observación, la entrevista, y como instrumento la cédula la cual será aplicada al personal de la Casa de Salud así como a los pacientes. La supervisión la llevara a cabo la coordinadora comunitaria de trabajo social de los servicios médicos de Tlalpan.

EVALUACIÓN

Se realizará a través de dos cédulas que se aplicarán al personal de la Casa de Salud y otra a los pacientes que asistan a la Casa de Salud con la finalidad de saber el tipo de atención que se le brindo. La evaluación la realizara la coordinadora comunitaria de trabajo social de los servicios médicos de Tlalpan.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

INDICADORES QUE CONTIENE LA CÉDULA QUE SE APLICARA AL PERSONAL QUE LABORA EN LA CASA DE SALUD

- Comunicación
- Integración
- Organización
- Atención oportuna al adulto mayor

INDICADORES QUE CONTIENE LA CÉDULA QUE SE APLICARA A LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA CASA DE SALUD.

- Calidad en el servicio
- Atención oportuna
- Tipo de tratamiento y seguimiento del mismo

VII CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE
Revisión de Corrientes Técnicas	X											
Elección del tema a investigar		X										
Reseñas		X										
Delimitación del tema a investigar			X									
Construcción del Marco Teórico			X									
Anteproyecto de investigación			X									
Planteamiento del problema				X								
Justificación				X								
Hipótesis				X								
Objetivos				X								
Revisión de Literatura				X								
Marco Contextual (Aspecto Político, Económico, Cultural e Ideológico)					X							
Diseño de Instrumentos					X							
Levantamiento de datos						X						
Codificación de Datos							X					
Análisis e interpretación de datos							X					
Diagnóstico Social								X				
Jerarquización de Problemas								X				
Programación								X				
Objetivos									X			
Metas									X			
Estrategias									X			
Líneas de Acción									X			
Programas									X			
Esquematisación del Modelo de Intervención									X			
Entrega del trabajo final									X			
Revisión del trabajo por parte del docente									X			
Revisión del trabajo por parte del Director de Tesis				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrega del trabajo a Tesis											X	
Revisión del trabajo por sinodales											X	X
Corrección del trabajo por los sinodales												X
Impresión												X
Entrega de trabajo a Tesis												X

VIII CONCLUSIONES

La investigación realizada en la Casa de Salud Popular Santa Teresa nos permitió comprobar que la organización familiar y la situación económica deficiente influyen negativamente en el estado físico y emocional del adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas, siendo esto la hipótesis de trabajo ya que la mayoría de los familiares salen a trabajar para procurar mantener los gastos básicos por lo que no se da una interacción familiar, ante esta dinámica familiar la responsabilidad para la atención del adulto mayor con enfermedades crónico degenerativa recae en un hijo o nieto que se encuentra mas tiempo en casa.

El deterioro físico del adulto mayor que se manifiesta principalmente con la deformación de articulaciones, cansancio, dificultad para caminar y ceguera, afectando esto directamente en el estado de animo del adulto mayor reflejando también en una baja autoestima.

Los problemas detectados en el diagnóstico situacional son; que los adultos mayores demandan mas atención y cuidados por parte de la familia debido al proceso de envejecimiento y su enfermedad crónica, aunado a esto la economía de la familia se ve afectada, por que consideran los tratamientos costosos y al suspenderlos ocasionan un deterioro en el estado físico del adulto mayor. Con relación a la convivencia familiar los

adultos mayores manifiestan carecer de compañía y comprensión siendo estos aspectos importantes para su desarrollo.

Cabe mencionar que un problema que se observó en el proceso de la investigación fue el tipo de atención que se brinda en la Casa de Salud, ya que en el equipo existe una desorganización y falta de comunicación para atender integralmente a los pacientes, tomándose en cuenta para la elaboración de un programa por la importancia que tiene la institución en la población.

Es importante mencionar que para identificar o medir la parte afectiva que el adulto mayor recibe por la familia, se aplicó un instrumento llamado APGAR Familiar, este nos permitió conocer la problemática del adulto mayor con enfermedades crónicas degenerativas que vive dentro de su familia, dándonos cuenta de la importancia que tiene la organización familiar y el estar informados para el cuidado y atención de los adultos mayores por las condiciones físicas y psicológicas que en ese momento viven, así como el tratamiento que debe llevar proporcionándole atención y vigilancia por parte de la familia debido a que en esta etapa de la vida necesita de afecto, compañía, comprensión, tiempo y cuidados.

Debido a las circunstancias mencionadas la dinámica de la familia cambia, al detectarse una enfermedad crónica degenerativa, debido a que ésta

tiene que adaptarse al proceso de la enfermedad, pasando por una etapa de angustia, incertidumbre que afecta sus actividades modificando su tiempo y economía, para proporcionar al adulto mayor la atención y cuidados que requiere.

Cabe destacar la importancia que tiene el modelo de intervención ya que es una acción programada la cual nos permite comprender una realidad, además de tener un carácter teórico metodológico que se queda en la etapa de la planeación.

El proceso metodológico se compone de tres etapas:

El Conocimiento: en la cual realizamos la investigación descriptiva, documental, marco teórico, marco operacional y la recolección de la información, esta etapa nos permitió elegir el tema, conocerlo a través de la investigación documental para así construir el marco teórico y operacional en el cual diseñamos el anteproyecto para finalmente recolectar la información aplicando así los instrumentos diseñados.

La Planeación: En esta se realizó el análisis de los resultados, para posteriormente elaborar el diagnóstico social, cabe mencionar que esta etapa fue la mas importante y enriquecedora, porque permitió al Licenciado en Trabajo Social identificar los problemas dando como resultado la

problemática abordada. Realizando así tres programas los cuales van a proporcionar alternativas o propuestas de atención integral al adulto mayor, esto significa que la familia, el adulto mayor y la institución se coordinen para que con sus recursos fortalezcan el cuidado y atención hacia el adulto mayor.

Y la Intervención: En esta última se realiza la organización, supervisión, evaluación y sistematización de los programas esto con la finalidad de que se puedan llevar a cabo adecuadamente, cabe señalar que esta etapa aún no se lleva a cabo.

Es importante mencionar que en cada una de las etapas se utilizaron técnicas e instrumentos, así también las funciones del trabajador social que desempeñará en el desarrollo de los programas será de ponente y coordinador, supervisado y evaluado por la coordinadora de trabajo social en Tlalpan para el mejor funcionamiento de los mismos.

En cuanto a las políticas sociales que se han llevado a cabo para la atención del adulto mayor, han sido sectoriales, de bandera política, asistenciales y paliativas sin una visión integral ya que no toman en cuenta a la familia, por ello la importancia de realizar este modelo de intervención en tiempo, lugar y espacio, ya que se trabajo con una población y problemática específica.

Se realizaron tres programas el primero y el segundo dirigido a adultos mayores y sus familiares y el tercero a la institución (personal de la Casa de Salud), los objetivos de estos programas se orientan a brindar una atención integral por parte de la institución y en la familia para que se logre una mejor comunicación y organización, dándole al adulto mayor una atención adecuada, mejorando así su calidad de vida.

Con relación a la viabilidad que se tuvo en la investigación es que dos integrantes del equipo forman parte del proyecto de la Casa de Salud por lo que facilito el acceso a la información y conocen a la población que se va intervenir, además de mantener coordinación con distintas instituciones que apoyarán los programas.

Cabe mencionar que en relación a los alcances del modelo de intervención se pretender obtener el compromiso y responsabilidad para el cambio en la dinámica familiar y con ello se de el cuidado y atención que requiere el adulto mayor así como del personal que labora en la Casa de Salud.

Con lo que respecta a las complicaciones que se tuvieron en la investigación fue el tiempo que se designo a la aplicación de los instrumentos no fue suficiente por lo que se buscaron nuevas estrategias

para recavar la información programada (revisión de expedientes y visitas a domicilio).

Finalmente se sugiere que el trabajador social cuente con conocimientos especializados para su intervención tales como: gerontología y psicología. Y al mismo tiempo contar con habilidades y destrezas como saber escuchar, tener paciencia, empatía, manejo de la temática manejo de grupos y una actitud para asesorar, el cual consisten tener sensibilidad, propiciar un ambiente de interés reflexivo, dominio de técnicas grupales, comprender los problemas e inquietudes, sostener una confiabilidad y solidaridad con el grupo.

Así como la recuperación de la experiencia a través de la sistematización y realice investigaciones más profundas generando nuevos modelos para la licenciatura de trabajo social. Así también contribuir a que se de una atención integral para que se adquieran responsabilidades y compromisos sobre los cuidados que el adulto mayor necesita para continuar su tratamiento satisfactoriamente.

Se sugiere también que al implementar los programas el profesional de Trabajo Social lleve una adecuada coordinación, supervisión, evaluación y sistematización para su desarrollo, lo cual repercutirán en beneficio de la población denominada adulto mayor.

GLOSARIO

Abandono.- Hecho delictuoso que consiste en la falta de protección de una persona.

Adaptación.- Es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un estrés durante un periodo de crisis.

Afecto.- Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.

Apgar familiar.- Puede usarse periódicamente para detectar problemas en la familia e incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia ya que en la percepción individual o la situación de cada uno varia.

Atención integral al adulto mayor con enfermedades crónico degenerativas.- Se refiere al manejo y fortalecimiento de los recursos con los que cuenta la familia, paciente e institución para que el adulto mayor se

desenvuelva adecuadamente en su vida diaria y se le brinde el apoyo emocional necesario para enfrentarse a sus limitaciones.

Bienestar.- Comprende todos aquellos programas que protegen a las personas de los riesgos de perder su ingreso por razones tales como desempleo, incapacidad, estado de salud o jubilación.

Calidad de vida.- Capacidad para moverse y desarrollar sus actividades diarias y evaluar adecuadamente sus necesidades y cuidados autonomía o independencia de la persona.

Comunicación.- Capacidad para escuchar, conversar, para mantener una continuidad y claridad en el proceso de la comunicación que favorezca el respeto y la consideración.

Cuidado.- Esta función clave en la vida familiar es la que propiamente permite la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro, alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.

Crecimiento.-Es el logro en la maduración emocional física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través del soporte y guía mutua. .

Disfunción familiar.- Cuando un miembro de la familia enferma se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones se utiliza el termino de familia disfuncional.

Envejecimiento.- Es un fenómeno natural que se refiere a los cambios que ocurren a través del ciclo de la vida y que resultan diferencias entre las generaciones jóvenes y viejas, el mismo se define como un proceso natural gradual, de cambios y transformaciones a nivel biológico psicológico y social, que ocurren a través del tiempo.

Envejecimiento biológico.- Se refiere a los cambios físicos que reducen la eficacia del sistema de órganos del cuerpo, tales como pulmones, corazón, o sistema circulatorio. La causa principal del envejecimiento biológico es la declinación en la duplicación de células según el organismo envejece cronológicamente.

Envejecimiento psicológico.- Trata de los cambios que ocurren en los procesos sensoriales y principales destreza motoras, funcionamiento mental, la personalidad, los impulsos, emociones y las motivaciones.

Envejecimiento social.- Se refiere a los hábitos sociales cambiantes y las relaciones en el ámbito social, con familiares y amigos, relaciones en el trabajo y dentro de las organizaciones tales como religiosas , recreativas y de grupos.

Enfermedad crónica.-Enfermedad que se prolonga indefinidamente.

Flexibilidad.- Se refiere cuando es necesario que la familia se adapte a los cambios internos y externos que las enfermedades graves suelen requerir.

Función familiar.- Debe considerarse en función de que efectivamente organice su estructura y los recursos a su disposición para superar los desafíos a lo largo de todo el ciclo de vida.

Geriatría.- Es una especialidad de la medicina de reciente creación, esta especialidad medica trata los problemas de salud de las personas de edad avanzada.

Gerontología.- Se define como el estudio científico de los asuntos biológicos, psicológicos y sociales de la vejez. Es una disciplina que estudia sistemáticamente la vejez.

Intervención.- Conjunto de actividades planificadas en la que participan clientes y familiares durante el curso de un programa.

Modelo.- Representación o construcción simplificada de una clase de fenómenos destinada a explicar la realidad o actuar sobre ella.

Participación.- Es la que se tiene como socio al compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder de sus miembros.

Proceso de envejecimiento.-Provoca la pérdida de la capacidad para funcionar física y mentalmente, entonces la vejez es una época de dependencia social.

Resolución.- Es el compromiso o determinación de dedicar el tiempo(espacio-dinero) a los otros miembros de la familia.

Salud.- Equilibrio armónico de todas las funciones orgánicas que conduce a la euforia, la salud es simple y relativa.

Soledad.- Factor estresante para las personas de edad avanzada llevándolos a una situación de deficiencia subjetiva y una auto percepción negativa de salud.

Taller - Se refiere a un espacio y tiempo para desarrollar actividades con ciertos objetivos, además de lograr una influencia reciproca entre los miembros para dar soluciones y aportar diferentes puntos de vista de una misma situación. Además nos aproxima a la realidad a través de la acción-reflexión.

Vulnerabilidad.- Esta directamente asociada con la cantidad y calidad de los recursos o activos que controlan los individuos y familiares en el momento de cambio, con la posibilidad de utilizarlos en las nuevas circunstancias económicas, sociales, políticas y culturales que va definiendo este proceso, se refiere a los recursos cuya movilización permite el aprovechamiento de las estructuras de oportunidades existentes en un momento.

CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DE SISTEMAS

Sistema: Es una entidad con límites dentro de la cual se intercambia energía física y mental en una proporción mayor que a través de sus límites.

Sistema cerrado: No existe intercambio a través de sus fronteras.

Sistema abierto: La energía cruza sus límites por ser permisibles.

Proceso de entrada: La energía se introduce en el sistema a través de sus límites.

Rendimiento global interno: La forma en que se usa la energía dentro del sistema.

Proceso de salida: Efectos que causa en la energía que salió a través de los límites de un sistema hacia el entorno

Circuito de realimentación: La información y la energía que recibe de retorno el sistema causadas por sus procesos de salida y que le dice el resultado de los mismos.

Entropía: Utilizan su propia energía con objeto de mantenerse en el funcionamiento.

Homeostásis o equilibrio: La facultad para mantener su naturaleza intrínseca a pesar de los cambios.

Sinergia: Crea su propia energía para mantenerse por sí mismos.

Sistemas informales o naturales o red primaria: Son la familia, amigos, cartero, compañeros del trabajo.

Sistemas formales: Grupos comunitarios o corporaciones sindicales.

Sistemas socializados o red institucional: Hospitales o las escuelas

Isomorfismo: Correspondencia de uno a uno entre objetos de sistemas diferentes que preserva la relación entre los objetos.

Sistemas interconectados: Se refiere a efectos de escala y a la asociación vertical o jerárquica de los sistemas.

Retroalimentación: Es la acción de dar un nuevo estímulo al sistema como resultado de la respuesta dada al anterior estímulo.

BIBLIOGRAFÍA

Altarriba, Mercader Francés-Xavier. 1992.
Gerontología, Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer.
España Editorial Boixaceu Universitaria, 193 pág.

Archiga, Hugo. Etal. 1999.
El envejecimiento sus desafíos y esperanzas,
México, Editorial siglo XXI editores primera edición, 124 pág.

A.M. F. *Pobreza y daños a la salud y nivel familiar.* 1999.
Revista Archivos en Medicina Familiar, Editorial Medicina Mexicana,
Vol.1. Enero --Marzo, 34.Pág.

A.M.F. *Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar.* 1999.
Revista Archivos en Medicina Familiar,
Editorial Medicina Familiar Mexicana .
Vol. No.2. abril-junio. 66 pág.

Banco Mundial. 1994.
informes del Banco Mundial sobre investigaciones relativas o Políticas de desarrollo, "Envejecimiento en crisis",
Washington.456 pág.

Bertalanffy, Ludwig Von. 1976.
Teoría General de Sistemas, Fundamentos, desarrollo, aplicaciones.
México, Fondo de Cultura Económica, Colección y Tecnología. 226 pág.

Bertalanffy, Von ,W Roos Ashby,G.M, Weinberg etal. 1984.
Tendencias en la Teoría General de Sistemas,
España Editorial Alianza. 323 pág.

Buendía, José. 1994.
Envejecimiento y Psicología de la Salud.
España, Editorial Siglo veintiuno. 280 pág.

Camdejesus, Marilyn, Bandejean y Richard, Spector, 1995.
Crisis familiares y ancianidad,
Editorial Paidós, Primera edición, Terapia Familiar. 191 pág.

CEPAL.

Panorama social de América Latina, 2000,
Publicaciones de las Naciones Unidas.
UNICEF, Agosto primera edición . 312 pág.

Conferencia Interamericana de Estudios de Seguridad Social. 1995.
El Adulto Mayor en América Latina Necesidades y sus problemas sociales.
México. 190 pág.

Coni, Nicolás. 1990.
Geriatría,
Editorial Manual Moderno, 39 edición,
251 pág.

Comisión Nacional de Derecho, *Los Derechos Humanos en la Tercera Edad*. 1999.,
Comisión Nacional de Derechos Humanos. 247 pág.

Consejo Nacional de Población. 1999.
El envejecimiento demográfico en México, Retos y perspectivas,
México, Editorial Conapo, primera edición. 420 pág.

Cuevas, Sosa, Alejandro Andrés. 1993.
¿Qué hago con mis abuelos? Conflictos de familias con el anciano,
México, Editorial Paz, Primera Edición. 210 pág.

De la Gándara, Martín de Jesús. 1995.
Envejecer en soledad, Repercusiones Psicopatologías de la soledad en los ancianos, Editorial Popular S.A.. 190 pág.

De Robertis Cristina, 1992.
Metodología de la intervención en Trabajo Social.
Barcelona. Editorial El Ateneo, 227 pág

Du Ranquet Matilde, 1996.
Los Modelos en Trabajo Social
España. Editorial Siglo XXI, 405 pág.

Elsner et al. 2001.
La familia una aventura.
Chile. Editorial Alfa omega quinta edición .pág.219.

Escuela Nacional de Trabajo Social, 1997.
Reidentificación de las Políticas Sociales Trabajo Social y Políticas Sociales, Política Social para la Salud.
Tercer encuentro de Trabajo Social en el Área de la Salud".
UNAM. Mayo México D. F. 18 pág.

Escuela Nacional de Trabajo Social. 1996.
La vejez algo mas que el final.
Revista Trimestral de Trabajo Social No. 15.
Ed. ENTS. 60 pág.

Escuela Nacional de Trabajo Social. 2000.
Las necesidades y los recursos de atención domiciliaria ,
Manuales de Trabajo Social Consejo,
Editorial ENTS. México. 72 pág.

Fernández, Ballesteros Rocio, María Izal, Ignacio Montorio. 1991.
Evaluación e intervención, Psicología en la vejez.
Barcelona, Editorial Martinez Rocas S.A.. 259 pág.

Fuentes, Aguilar, Raúl. 1989.
Vida y Salud en la Tercera Edad,
México, Editorial. EDAMEX. 151 pág.

Gaceta Oficial del Distrito Federal. Asamblea Legislativa del D.F.
Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores.
7 marzo 2000.

Galino, Lucino. 1995.
Diccionario de Sociología.
Editorial Siglo XXI. 1003 pág.

García, Fuster Enrique, Gonzalo Mositu, Ochoa. 1995.
Psicología Social de la familia,
Barcelona, Buenos Aires, México, Editorial Paidós.
205 pág.

García, Pérez Ma. Del Carmen, Alberto Pérez. 1994.
Ancianidad, familia e Institución,
Editorial Amaru. 157 pág.

Gobierno del Distrito Federal, 1996.
Alianza a favor de la Tercera Edad en el D.F. Ciudad de México.
Noviembre. 89 pág.

González, Aragón. 1994.
***Aprendamos a envejecer sanos. Manual de auto cuidado
y salud en el envejecimiento,***
México, Editorial Miembro de la Cámara Nacional de la Industria,
tercera edición. 411 pág.

Guerrero, Mondragón Genoveva. 1984.
El anciano y su realidad actual, Tesis,
Escuela Nacional de trabajo social,
México. 227 pág.

INEGI. 2000.
Mujeres y hombres en México, INEGI.
México. 215 pág.

Kalish, Richard A. 1996.
La vejez perspectivas sobre el desarrollo humano,
Madrid, Editorial Pirámide. 238 pág.

Kastenbaum, Roberto. 1980.
Vejez años de plenitud,
Editorial Harper y Row Latinoamericana,
primera edición. 128 pág.

Konning, Rene. 1982.
La familia en nuestro tiempo, España, S.A.,
Editorial Siglo XXI. 186 pág.

Leer, Ursula. 1980.
***Psicología de la senectud,
Proceso y aprendizaje del envejecimiento,***
Barcelona, Editorial Herder. 431 pág.

- Malcom, Payne.** 1995.
Teorías contemporáneas del Trabajo Social, Una introducción crítica, Barcelona, Editorial Paidós, Primera edición. 348 pág.
- Majos, Angélica.**1995.
Manual de prácticas de Trabajo Social en la tercera edad, México, Editorial Siglo XXI, primero edición, octubre.8 pág.
- Mishara, Riedel.** 1995.
El proceso de envejecimiento, Madrid, Editorial Morata, segunda edición. 282 pág.
- Morogas, Morogas Ricardo.** 1999.
El reto de la dependencia al envejecer, Barcelona, Editorial Alber Heder, S.A. 253 pág.
- Morogas, Moragas Ricardo.** 1991.
Gerontología Social envejecimiento y calidad de vida, Barcelona, Editorial Eder.303 pág.
- Passanante, María Inés.** 1982.
Políticas Sociales para la Tercera Edad, Editorial Humanitas, primera edición.175 pág.
- Quintero, Velásquez Ángela María.** 1997.
Trabajo Social y procesos familiares, México, Editorial Lumen, Humanitas, Colección Políticas, Servicios y Trabajo Social.187 pág.
- Redondo, Nelida.** 1990.
Ancianidad y pobreza, Buenos Aires, Editorial Humanitas CEPEV. 76 pág.
- Rolland, Johns.**1994.
Familias enfermedad y discapacidad. España. Editorial Gedisa.pag.415.

Sánchez, Rosado Manuel.Dr., 1991.
Elementos de Salud Pública.
México, edición Francisco Méndez Cervantes,
Segunda edición.308 pág.

Sánchez Salgado Carmen Delia. 2000
Gerontología social.
Buenos Aires. Editorial Espacio., 254 pág.

Sánchez, Salgado Carmen Delia. 1990.
Trabajo Social y vejez,
Editorial Humanitas, primera edición. 127pág.

Secretaria de Salud. 1994
La salud de la población de edad avanzada, Un reto mas hacia el futuro S.A. México. D.F. 51 pág.

Soto, H. Antonio. 1977.
Psicología y Psicopatología del envejecimiento,
Buenos Aires, Editorial Paidós. 149 pág.

Vera, Bolaños.
Problemas contemporáneos de la población mexicana,
Editorial, Colegio Mexiquense.A.C. COESPO, primera
Edición. 208 pág.

HEMEROGRAFÍA

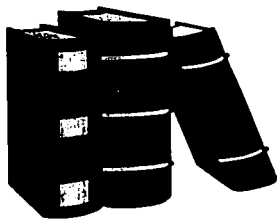
Ballinas Victor, En septiembre el gobierno pondrá en marcha Plan piloto de Seguro Popular, La Jornada, 7 de Agosto 2001. P 44.

Carrillo Laura, Una economía que envejece, Reforma, 6 de Agosto 2001.

Céspedes Rebeca, Interesa a empresas emplear a jubilados, Reforma, 6 Agosto 2001. P 1.

Enciso Angélica, El sábado Fox formalizará el cambio de nombre del INSEN, La Jornada, 23 de Agosto 2001. P 49.

ANEXOS



Gómez Mena Carolina, *Frenk anticipa que en el 2006 todo mexicano tendrá servicio de salud*, La Jornada, 12 de Junio 2001. P 37.

Gómez Mena Carolina, *El gobierno federal buscará combatir la pobreza por medio de la salud*, La Jornada , 10 de Julio 2001. P 41.

Gómez Mena Carolina, *Empezará a operar ISES en el segundo semestre del 2001*, La Jornada, 20 de Junio 2001. P 45.

Pérez Silva Ciro, *Sin pensión o jubilación, ocho de cada diez ancianos, dice Paredes*, La Jornada, 2 de Octubre 2001. P 25.

Saldierna Georgina, *Anuncia Fox micro créditos para "Adultos en Plenitud"*, La Jornada.

Vega Margarita, *Es la salud en México de los más atrasados*, Reforma, 12 de Junio 2001.

Vega Patricia, *Victima de la depresión*, La Jornada, 11 Junio, 2001.

Velasco C. Elizabeth, *Realizará el INSEN una campaña para revalorar a Adultos Mayores*, La Jornada, 20 Junio 2001.

http://www.insp.mx/salud/38/386_13.html. Indicadores y Noticias de Salud

<http://www.ssa.gob.mx/coorve/adulto.htm>/programa de salud del adulto y el anciano.

VIDEO

Personas adultas mayores.
Producción: Dirección General de Equidad y Desarrollo Social.
(Gobierno del D.F.)
Duración 20 min.
No.de clasificación 223.

ETAPA I**CONOCIMIENTO**

FASES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA	<ul style="list-style-type: none"> *Recorrido de la comunidad *Visita a la institución *Entrevistas informales al equipo de salud *Observación 	<ul style="list-style-type: none"> *Mapa de la comunidad *Fotografías de la casa de salud
INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	<ul style="list-style-type: none"> *Revisión bibliografía, Hemerográfica e Internet *Consulta de periódicos *Revisión Plan Nacional De gobierno *Revisión de plan del gobierno del Distrito federal. *Visitas a instituciones (INEGI, INSEN, CONAPO, ST, ENTS Y EL COLEGIO DE MÉXICO) 	<ul style="list-style-type: none"> *Manual de casas de salud *Elaboración de fechas hemerográficas) *Expedientes de pacientes crónicos *Informes semanales y mensuales de la Casa de Salud
ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO	<ul style="list-style-type: none"> *Lectura de Bibliografía, Hemerográfica y de Internet. *Análisis y síntesis de las lecturas para llegar al planteamiento del problema. *Elaboración de hipótesis y objetivos. *Construcción del contexto internacional y nacional (económico, político e ideológico e cultural). 	<ul style="list-style-type: none"> *Reseñas *Cuadros conceptuales *Fichas Bibliográficas.
MARCO OPERACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> *Delimitación de la población (Adultos Mayores con Enfermedades Crónico Degenerativas) que asisten mensualmente a consulta) *Selección de la muestra (24 Adultos Mayores y 10 familiares) *Diseño de 2 cuestionarios y utilización del instrumento (APGAR) familiar adaptado al Adultos Mayores) 	<ul style="list-style-type: none"> *2 cuestionarios *Instrumento APGAR FAMILIAR *Mapa de la comunidad
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> *Aplicación de los 2 cuestionarios y el instrumento APGAR FAMILIAR a través de la entrevista guiada *Visitas a domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> *2 cuestionarios *Instrumento APGAR FAMILIAR *Guías de observación

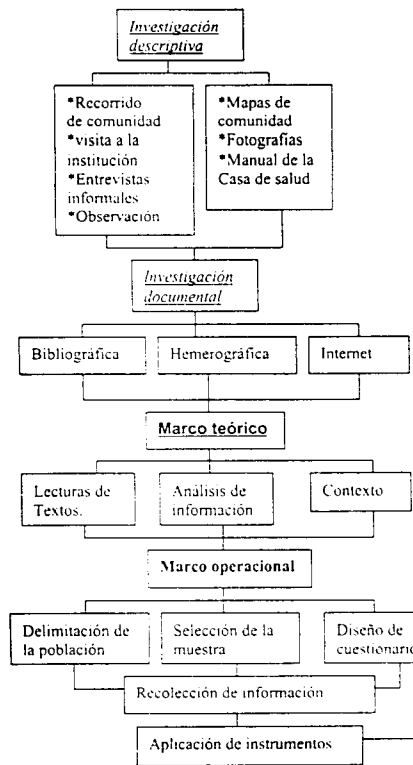
ETAPA II:**PLANEACIÓN**

FASES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
ANÁLISIS	*Codificación de datos *Análisis de resultados	*Cuestionarios *Gráficas
ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO	*Identificación de problemas *Jerarquización de problemas	Diagnóstico Social
PROGRAMACIÓN	*Plan de trabajo objetivos, metas, estrategias y líneas de acción	*Matrices *Esquemas
ELABORACIÓN DE PROGRAMAS	*Programas que resuelven los problemas jerarquizados *Objetivos, metas, actividades, calendarización de tiempo y recursos.	*Proyectos *Cronograma de actividades

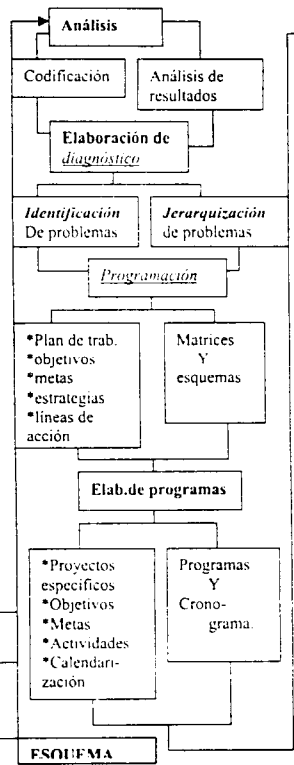
ETAPA III:**INTERVENCIÓN**

FASES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
ORGANIZACIÓN	*Definición de funciones, *Mecanismos de coordinación y de comunicación con el personal especializado.	*Organigrama *Manual de técnicas y normas.
REALIZACIÓN DE PROGRAMAS	*Promoción *Sensibilización *Capacitación *Dinamización	*Instructivos *Guías de orientación
SUPERVISIÓN	*Observación en las reuniones y juntas: *Entrevista *Revisión de material *Visitas domiciliarias	*Cuestionarios *Crónicas *Bitácoras de trabajo de la casa de salud *Diario de campo
EVALUACIÓN	*Análisis y comparación de resultados *Visitas a domicilio para medir el impacto *Entrevista y observación	*Informe de resultados *Visitas domiciliarias para el control. *Cédulas
SISTEMATIZACIÓN	*Ordenar la información, correlacionarlos y conceptualizarlos	*Matrices *Graficas *Ensayos *Artículos (anteproyecto, contexto internacional y nacional, diagnóstico social y programas) *Esquemas

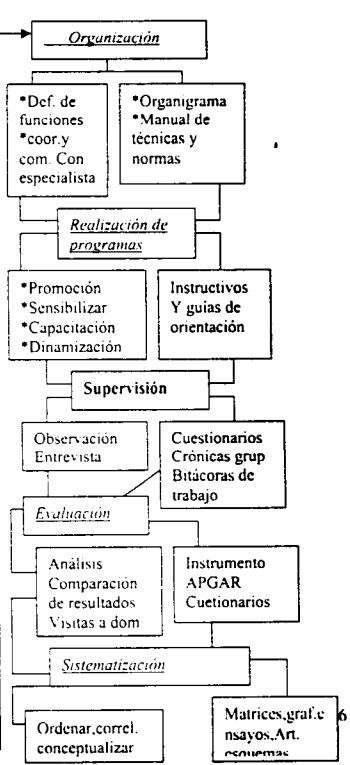
ETAPA DEL CONOCIMIENTO



ETAPA DE LA PLANEACIÓN



ETAPA DE INTERVENCIÓN.



ENTREVISTA GUIADA
PARA LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES
CRÓNICO DEGENERATIVAS

DATOS GENERALES

NOMBRE :

DOMICILIO :

LUGAR DE ORIGÉN :
ANTERIOR :

OCUPACIÓN

EDAD :

SEXO:

ESTADO CIVIL :

DEPENDENCIA :

1. - ¿ Qué enfermedades padece y desde cuándo?

- a) Diabetes b) Osteoporosis c) Artritis d) Hipertensión arterial
- a) 3 años b) 5 años c) Mas de 15 años

2. - ¿ Esta enfermedad le ha imposibilitado para realizar sus actividades en el. ?

- a) Hogar b) Trabajo c) Ninguna

3. - ¿ Quién se hace responsable de su cuidado y atención personal ?

- a) Hijos – Nietos b) Esposa c) Nadie

4.- ¿ Quién lo acompaña al médico?

- a) Su esposo (a) b) Hijos o Nietos c) Nadie

5.- ¿Qué actividades realiza en el hogar?

- a) Cuidar nietos b) Aseo del hogar c) Hacer la comida d) Ninguna

ECONÓMICO

6.- ¿ Quién de su familia trabaja?

Esposo (a)	
Hijos	
Nietos – Nuera	
Total	

7.- ¿En qué trabajan?

- a) Obrero b) Empleado c) Profesionista d) Trabaja por su cuenta

8.- ¿De los que trabajan cuánto es su ingreso?

- a) 1 salario mínimo b) 2 salarios mínimos c) 3 o más salarios mínimos

9.- ¿ Quién le proporciona el dinero para su tratamiento y/o tratamiento?

- a) Su esposo (a) b) Hijos o Nietos c) Otros

10.- ¿ Cuánto gasta para sus medicinas (aprox.) mensual?

- a) \$300.00 b) \$ 700.00 c) mas de \$ 800.00

ENTREVISTA PARA FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR.

- 1.-¿Los miembros de su familia se piden ayuda entre sí?
a) si b) no c) algunas veces

- 2.-¿Considera a su familia unida?
a)si b) no c) algunas veces

- 3.-Su tiempo libre lo aprovecha para estar con :
a)su familia b)sus amigos c) realiza otras actividades

- 4.-¿Cuándo hay algún acontecimiento importante en la familia se reúnen para conocerlo o discutirlo?
a)si b)no c)algunas veces

- 5.-¿Quiénes participan en los quehaceres de su hogar?
a)mamá b)hijos-nietos c)todos

- 6.-Usted se hace responsable de su Adulto Mayor en:
a)casa con la alimentación y cuidados.
b)médico con sus medicamentos y costo de sus consultas.
c) ambos.

- 7.-¿Considera costoso el tratamiento de su Adulto Mayor?
a)si b)no c) algunas veces

- 8.-¿Usted apoya en sus gastos personales a su familiar enfermo?
a)si b)no c)algunas veces

- 9.-¿Quiénes de su familia trabajan?
a)padres b)hijos c)ambos

- 10.-¿En que trabajan?
a)obrero b)empleado c)por su cuenta

- 11.-¿Cuánto es el sueldo de sus familiares?
a)un salario mínimo b)2-3 salarios mínimos c) mas de 4 salarios mínimos.

APGAR FAMILIAR.

OBJETIVO: Obtener datos que reflejen el punto de vista del Adulto Mayor en relación con la situación de comunicación, afecto y organización de su familia.

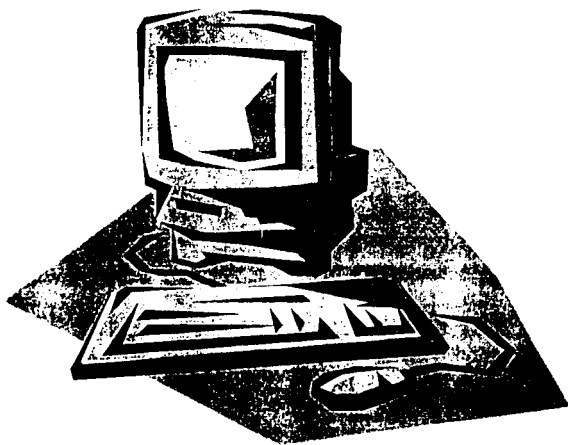
Adaptación	Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema.	
Compañerismo	Estoy satisfecho del modo en que mi familia discute temas de interés y comparte conmigo la solución a problemas.	
Crecimiento	Mi familia acepta mis deseos de hacer cambios en mi vida.	
Afecto	Estoy satisfecho con el modo en que mi familia me expresa amor y respeto a mis sentimientos de enojo, pena o afecto	
Acuerdos	Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo estamos juntos.	

TOTAL.

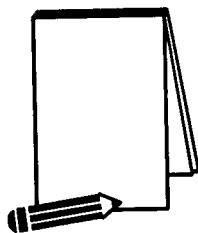
CALIFICACIÓN: Casi siempre 2, Algunas veces 1, Casi nunca 0

CALIFICACIÓN INDIVIDUAL: De 7 a 10 Altamente funcional
De 4 a 6 Moderadamente disfuncional.
De 0 a 3 Severamente disfuncional.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE RESULTADOS



ENTREVISTA PARA EL ADULTO MAYOR



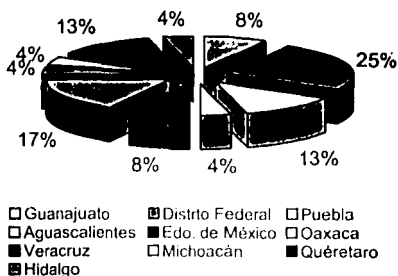
PRESENTACIÓN GRÁFICA DE RESULTADOS

ENTREVISTA DEL ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES

ENTIDAD	PORCENTAJE
Guanajuato	8%
Distrito Federal	25%
Puebla	13%
Aguascalientes	4%
Edo. de México	8%
Oaxaca	17%
Veracruz	4%
Michoacán	4%
Quéretaro	13%
Hidalgo	4%

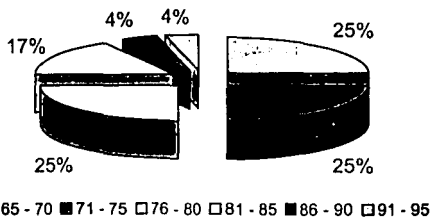
LUGAR DE ORIGEN



El 75 % de la población son de diferentes estados de la República Mexicana que inmigraron al Distrito Federal en busca de mejores oportunidades.

EDAD	PORCENTAJE
65 - 70	25%
71 - 75	25%
76 - 80	25%
81 - 85	17%
86 - 90	4%
91 - 95	4%

EDAD



La edad predominante en la población en estudio es de 65 a 75 con un 75 % y el 25 % de 76 a 95 años de edad

SEXO

SEXO	PORCENTAJE
Mujeres	54%
Hombres	46%

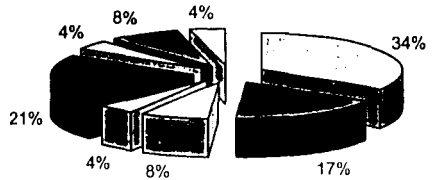


□ Mujeres ■ Hombres

De los adultos mayores entrevistados las mujeres representan un 54 % y un 46 % los hombres.

OCUPACIÓN ANTERIOR

OCUPACIÓN	PORCENTAJE
Trabajo doméstico	34%
Albañil	17%
Intendencia	8%
Cocinera	4%
Campesino	21%
Chofer	4%
Comerciante	8%
Carpintero	4%

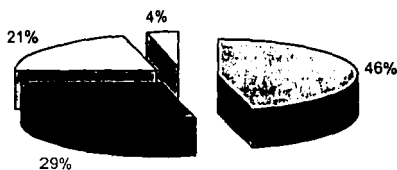


□ Trabajo doméstico ■ Albañil
 □ Intendencia □ Cocinera
 ■ Campesino □ Chofer
 ■ Comerciante □ Carpintero

La ocupación que desempeñaban anteriormente la población entrevistada, predomina el trabajo doméstico (34 %), Campesino (21 %) y albañil (17 %) lo que significa que no cuentan con seguridad social

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE
Casado (a)	46%
Viudo (a)	29%
Separado (a)	21%
Madre soltera	4%

ESTADO CIVIL



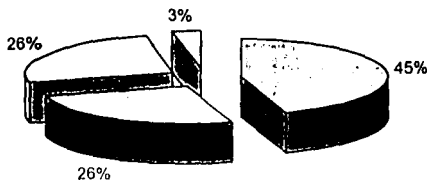
□ Casado (a) ■ Viudo (a) □ Separado (a) □ Madre soltera

El 46 % de los adultos mayores se encuentran casados (as) y el 54 % no cuentan con pareja, ya que su estado civil es viudo (a), separado (a) o son madres solteras.

DEPENDENCIA

ENFERMEDAD	PORCENTAJE
Hipertensión Arterial	45%
Diabetes	26%
Artritis	26%
Osteoporosis	3%

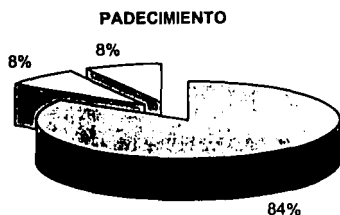
ENFERMEDAD



□ Hipertensión Arterial □ Diabetes □ Artritis □ Osteoporosis

La enfermedad crónica degenerativa que predomina en el adulto mayor es la Hipertensión Arterial (45 %) seguida diabetes mellitus y Artritis con un 26 % cada una y con un 3 % la Osteoporosis

¿ DESDE CUÁNDO PADECE ESTA ENFERMEDAD ?	PORCENTAJE
Más de 15 años	84%
De 6 meses a 1 año	8%
De 2 a 3 años	8%

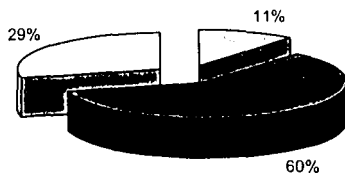


□ Más de 15 años □ De 6 meses a 1 año □ De 2 a 3 años

El 84 % de los adultos mayores llevan padeciendo más de 15 años la enfermedad por lo que su estado físico está más deteriorado. El 8 % de 6 meses a 1 año y otro 8 % de 2 a 3 años.

ESTA ENFERMEDAD LE HA IMPOSIBILITADO REALIZAR SUS ACTIVIDADES EN	PORCENTAJE
Hogar	11%
Trabajo	60%
Ninguna	29%

IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES

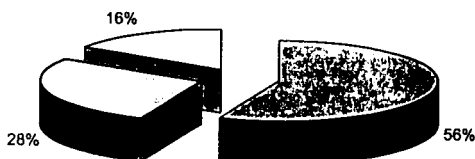


□ Hogar ■ Trabajo □ Ninguna

El 60 % de los adulto mayor les ha imposibilitado realizar actividaes en el trabajo, el 11 % en el hogar y el 29 % ninguna.

¿ QUIÉN SE HACE CARGO DE SU CUIDADO Y ATENCIÓN PERSONAL ?	PORCENTAJE
Hijos - Nietos	56%
Esposa (o)	28%
Nadie	16%

¿ QUIÉN SE HACE CARGO DE USTED ?

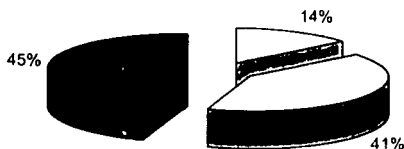


□ Hijos - Nietos □ Esposa (o) □ Nadie

El 56% de los adultos mayores responde que sus hijos y/o nietos se hacen cargo de su cuidado y atención el 28% dice que su esposa (o) y el 16% nadie.

¿ QUIÉN LO ACOMPAÑA AL MÉDICO ?	PORCENTAJE
Su esposa	14%
Hijos - Nietos	41%
Nadie	45%

¿ QUIÉN LO ACOMPAÑA AL MÉDICO ?

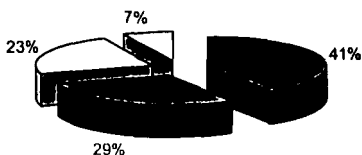


□ Su esposa □ Hijos - Nietos ■ Nadie

Un 45% nadie acompaña al adulto mayor al médico, pues mencionan que no se encuentran en casa o están realizando otras actividades, un 41% dicen que son los hijos y/o nietos quien lo acompaña y sólo un 14% la esposa (o) lo acompaña.

¿ QUÉ ACTIVIDADES REALIZA EN EL HOGAR ?	PORCENTAJE
Aseo del hogar	41%
Hacer comida	29%
Ninguna	23%
Cuidar nietos	7%

¿ QUÉ ACTIVIDADES REALIZA ?



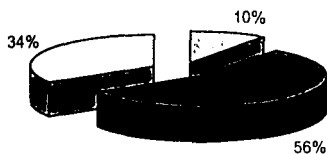
■ Aseo del hogar ■ Hacer comida □ Ninguna □ Cuidar nietos

El 41% de los adultos mayores se dedica al aseo del hogar, el 29% hacer la comida, el 23% no realiza ninguna actividad, pues no se encuentra en posibilidades de hacerlo ya que la enfermedad se lo impide, y un 7% a cuidar a sus nietos por las condiciones laborales de sus familiares.

ECONÓMICO

¿ QUIEN DE SU FAMILIA TRABAJA?	PORCENTAJE
Esposo (a)	10%
Hijos	56%
Nietos - Nuera	34%

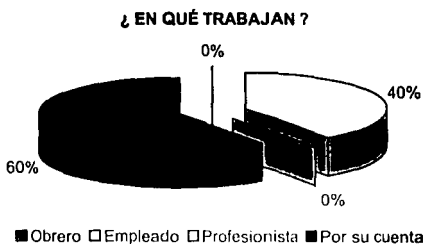
¿ QUIÉN TRABAJA ?



□ Esposo (a) ■ Hijos □ Nietos - Nuera

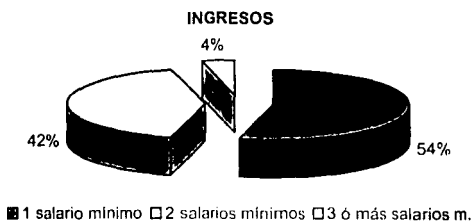
El 56% de los hijos del adulto mayor trabaja, el 34% son los nietos y nuera quienes trabajan y un 10% es el esposo quien trabaja, como se puede observar en la mayoría de los adultos mayores dependen económicamente de los hijos.

¿ EN QUÉ TRABAJAN?	PORCENTAJE
Obrero	0%
Empleado	40%
Profesionista	0%
Por su cuenta	60%



El 60% de los familiares del adulto mayor trabajan por su cuenta, pues se encuentran en trabajos informales tales como comercio, albañilería, choferes y algunos otros, y el otro 40% son empleados.

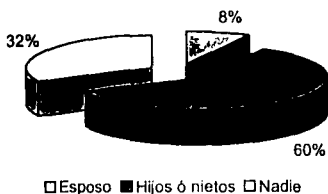
DE LOS QUE TRABAJAN, ¿CUÁNTO ES SU INGRESO ?	PORCENTAJE
1 salario mínimo	54%
2 salarios mínimos	42%
3 ó más salarios m.	4%



El 54% de los familiares que trabaja ganan alrededor de un salario mínimo, un 42% gana dos salarios mínimos y sólo un 4% gana tres salarios mínimos.

¿ QUIEN LE PROPORCIONA EL DINERO PARA SU TRATAMIENTO ?	PORCENTAJE
Esposo	8%
Hijos ó nietos	60%
Nadie	32%

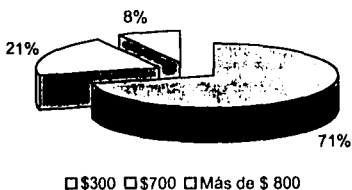
¿ QUIÉN LE PROPORCIONA EL DINERO PARA SU TRATAMIENTO ?



El 60% de los casos los hijos del adulto mayor son quienes proporcionan el dinero para adquirir el tratamiento, un 32% nadie y un 8% el esposo .

¿ CUANTO GASTA PARA SU TRATAMIENTO ?	PORCENTAJE
\$300	71%
\$700	21%
Más de \$ 800	8%

¿ CUÁNTO GASTA PARA SUS MEDICINAS ?



El 71% de los adultos mayores gasta alrededor de 300 pesos mensuales en sus medicamentos, un 21% gasta 700 pesos y un 8% gasta 800 pesos.

¿ SE REUNE TODA LA FAMILIA A LA HORA DE COMER O CENAR ?	PORCENTAJE
Si	50%
No	50%

¿SE REUNE TODA LA FAMILIA PARA COMER ?

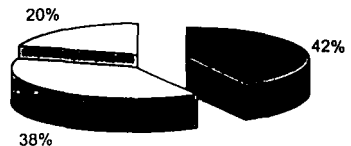


□ Si ■ No

La mitad de la población menciona que si se reúne la familia para comer o cenar, sin embargo enfatizan que es la cena cuando está la mayoría de la familia reunida, el otro 50% menciona que no, pues no tienen un horario establecido para hacerlo.

LOS SÁBADOS Y DOMINGOS ¿QUIÉN SE ENCUENTRA EN SU CASA ?	PORCENTAJE
Toda la familia	42%
Hijos y Nietos	38%
Nadie	20%

LOS SÁBADOS Y DOMINGOS ¿QUIÉN ESTA EN CASA ?

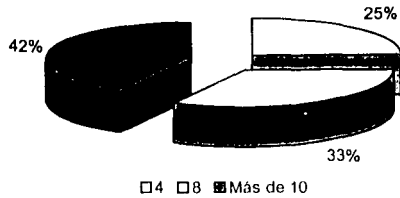


■ Toda la familia □ Hijos y Nietos □ Nadie

El 42% de lo adultos mayores responde que toda la familiase encuentra los fines de semana en casa, un 38% menciona que son los hijos y/o nietos, y un 20% se encuentran solos.

¿ CUÁNTAS HORAS SUS FAMILIARES SE AUSENTAN DE CASA ?

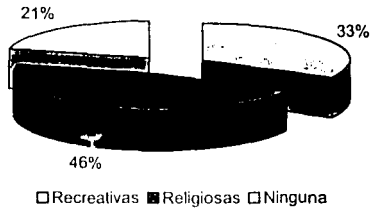
¿ CUÁNTAS HORAS SUS FAMILIARES SE AUSENTAN DE CASA?	PORCENTAJE
4	25%
8	33%
Más de 10	42%



El 42% se ausentan más de 10 horas, pues en ocasiones tienen largas jornadas de trabajo o trabajan en lugares alejados de su colonia, un 33% de los familiares se ausentan 8 horas y el 25% 4 horas.

¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZA CON SU FAMILIA ?

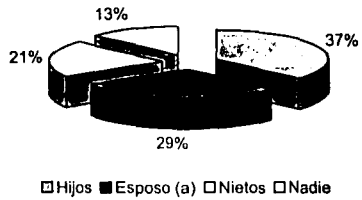
¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZA CON SU FAMILIA?	PORCENTAJE
Recreativas	33%
Religiosas	46%
Ninguna	21%



Un 46% realizan actividades religiosas, como es ir a misa y un 33% recreativas, pues para ellos el ver la televisión es un medio de entretenimiento que no implica mayor gasto y un 21% no realiza ninguna actividad en común.

¿ QUIÉN PASA MÁS TIEMPO CON USTED ?

¿ QUIÉN PASA MÁS TIEMPO CON USTED?	PORCENTAJE
Hijos	37%
Esposo (a)	29%
Nietos	21%
Nadie	13%



Los hijos son quienes pasan más tiempo con ellos con un 37%, el 29% es la esposa (o), un 21% los nietos y un 13% nadie esta con ellos.

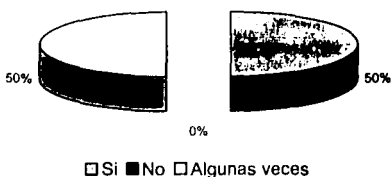
ENTREVISTA PARA LOS FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR



ENTREVISTA PARA FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR

¿ SE PIDEN AYUDA ENTRE SI LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA ?	PORCENTAJE
Si	50%
No	0%
Algunas veces	50%

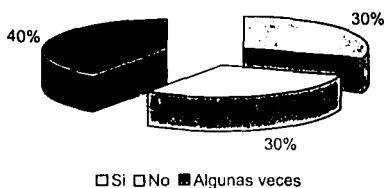
¿ SE PIDEN AYUDA SUS FAMILIARES ENTRE SI ?



El 50% de los familiares manifestaron pedirse ayuda entre si, y el otro 50% sólo algunas veces. esto sólo cuando surge un evento de mucha importancia.

¿ CONSIDERA A SU FAMILIA UNIDA?	PORCENTAJE
Si	30%
No	30%
Algunas veces	40%

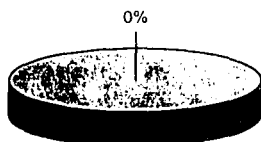
¿ CONSIDERA A SU FAMILIA UNIDA ?



Un 40% de los familiares algunas veces considera a su familia unida, cuando surgen problemas o cuestiones, un 30% que si considera a su familia unida y otro 30% nos manifestaron que no.

SU TIEMPO LIBRE LO APROVECHA PARA ESTAR CON:	PORCENTAJE
Su familia	100%
Sus amigos	0%
Realiza otras act.	0%

SU TIEMPO LIBRE LO APROVECHA PARA ESTAR CON:

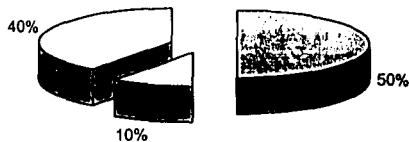


100%
 Su familia Sus amigos Realiza otras act.

El 100% de los familiares manifestaron estar con su familia en su tiempo libre.

CUANDO HAY ALGÚN ACONTECIMIENTO EN LA FAMILIA, ¿ SE REUNEN PARA CONOCERLO O DISCUTIRLO ?	PORCENTAJE
Si	50%
No	10%
Algunas veces	40%

¿ SE REUNEN PARA DISCUTIR ALGÚN ACONTECIMIENTO ?



Si No Algunas veces

Un 50% de la familia se reúne cuando hay algún acontecimiento importante para discutirlo, un 40% mencionó que se reúne algunas veces y sólo un 10% no se reúne.

¿QUIÉNES PARTICIPAN EN LOS QUEHACERES DEL HOGAR ?	PORCENTAJE
Mamá	20%
Hijos - Nietos	40%
Todos	40%

¿ QUIÉNES PARTICIPAN EN LOS QUEHACERES DE LA CASA ?



□ Mamá ■ Hijos - Nietos ■ Todos

Los familiares responden que un 40% de los hijos-nietos participan en los quehaceres del hogar, otro 40% dice que todos participan y sólo un 20% la mamá.

¿USTED SE HACE RESPONSABLE DE SU ADULTO MAYOR EN: ?	PORCENTAJE
Casa con alimentación	30%
Medicina y gastos consulta	0%
Ambos	70%

USTED SE HACE RESPONSABLE DE SU ADULTO MAYOR EN:

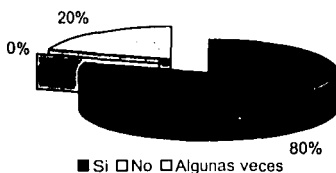


□ Casa con alimentación □ Medicina y gastos consulta ■ Ambos

El 70% de los familiares se hacen responsables del adulto mayor en casa, alimentación, gastos médicos y medicamentos, mientras un 30% únicamente se hacen cargo en casa con alimentación.

¿CONSIDERA COSTOSO EL TRATAMIENTO DE SU ADULTO MAYOR?	PORCENTAJE
Si	80%
No	0%
Algunas veces	20%

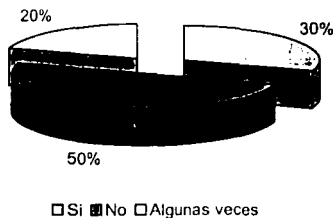
¿ CONSIDERA COSTOSO EL TRATAMIENTO DE SU ADULTO MAYOR ?



Un 80% de los familiares dicen que si es costoso, pues el medicamento que deben de tomar para su tratamiento es caro y ellos en ocasiones no cuentan con el dinero para cubrir este gasto aún cuando acuden a la casa de salud y sólo un 20% algunas veces considera costoso el tratamiento.

¿USTED APOYA EN LOS GASTOS PERSONALES DE SU FAMILIAR ENFERMO ?	PORCENTAJE
Si	30%
No	50%
Algunas veces	20%

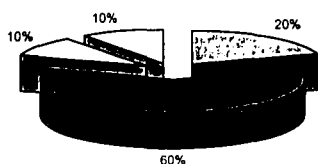
¿ USTED APOYA EN LOS GASTOS PERSONALES DE SU FAMILIAR ENFERMO ?



El 50% contestaron que no apoyan en los gastos personales, 30% dice que si, y el 20% menciona que algunas veces.

¿ QUIÉNES DE SU FAMILIA TRABAJAN ?	PORCENTAJE
Padres	20%
Hijos	60%
Hermanos	10%
Ambos	10%

¿ QUIÉNES DE SU FAMILIA TRABAJAN?

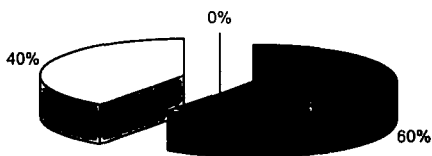


□Padres ■Hijos □Hermanos □Ambos

El 60% de los familiares contestaron que son los hijos quienes trabajan, el 20% los padres, el 10% los hermanos y el otro 10% ambos.

¿ EN QUÉ TRABAJAN ?	PORCENTAJE
Obreros	0%
Empleados	60%
Por su cuenta	40%

¿ EN QUÉ TRABAJAN ?

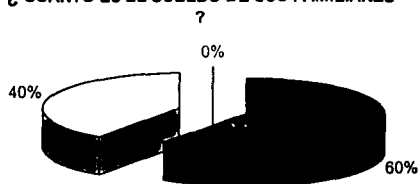


□Obreros ■Empleados □Por su cuenta

De los que trabajan el 60% son empleados y el 10% trabajan por su cuenta.

¿ CUANTO ES EL SUELDO DE SUS FAMILIARES ?	PORCENTAJE
1 salario mínimo	60%
De 2 a 3 salarios mínimos	40%
Más de 4 sal. Mínimos	0%

¿ CUÁNTO ES EL SUELDO DE SUS FAMILIARES



- 1 salario mínimo
- De 2 a 3 salarios mínimos
- Más de 4 sal. Mínimos

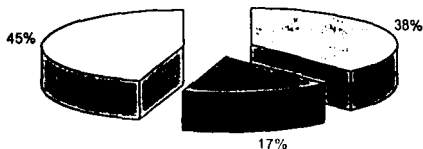
El 60% de los familiares que trabajan perciben 1 salario mínimo y el 40% percibe de 2 a 3 salarios mínimos.

APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR	PORCENTAJE
Severamente disfuncional	38%
Moderadamente disfuncional	17%
Altamente funcional	45%

ADAPTACIÓN	31 PUNTOS
COMPAÑERISMO	27 PUNTOS
CRECIMIENTO	28 PUNTOS
AFECTO	32 PUNTOS
RESOLUCIÓN	21 PUNTOS

APGAR FAMILIAR



Severamente disfuncional
 Moderadamente disfuncional
 Altamente funcional

De acuerdo a los rubros del APGAR Familiar el 55% de los adultos mayores evalúan a su familia como disfuncional, ya que consideran que su familia no les dedica suficiente tiempo, (21 puntos resolución) no le toman en cuenta para la toma de decisiones, (27 puntos compañerismo) y no se consideran autónomos (28 puntos crecimiento).

El 45% de los adultos mayores evalúan a su familia como funcional ya que menciona que en su familia utilizan los recursos intra y extrafamiliares para la resolución de algún problema (31 puntos adaptabilidad) y manifiestan que sus familiares les expresa amor, respeto y afecto (31 puntos afecto).