



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

SISTEMATIZACIÓN
DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL
DEL TRABAJADOR SOCIAL
EN EL PROGRAMA DE ACTIVACIÓN FÍSICA
COMO MODELO DE ATENCIÓN PARA LA
ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA CRÓNICA
EN ADULTOS MAYORES
DEL ALBERGUE "ALABAMA" DEL INAPAM
2001 - 2003

TRABAJO RECEPCIONAL:
INFORME DE SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA
PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A:

EDUARDO MARTÍNEZ CALDERÓN

DIRECTOR DEL TRABAJO: MTRA. GRACIELA CASAS
TORRES



MÉXICO D. F. 2004



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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

DEDICATORIAS

A mis padres por su eterno apoyo y ejemplo frente a la vida.

A mi esposa e hijos
por todo el cariño, paciencia, colaboración e impulso
durante este momento tan importante de mi carrera.

A mis hermanos que siempre creyeron en mí.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Eduardo Martínez
Calderón

FECHA: 19/10/04

FIRMA: [Firma]

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora, Maestra Graciela Casas Torres, por haber tenido la paciencia de guiarme en la elaboración de este trabajo.

Al Dr. Alejandro Marín Guerra por todo el apoyo que me brindó para la realización de este proyecto.

A la Dra. Graciela Alonso Andraca por su colaboración para poner en marcha el Programa de Activación Física.

A la LTS María Elena Miranda López por la confianza depositada en mí.

A la Lic. Griselda Pardavell González por su incondicional apoyo.

A los Adultos Mayores de la Residencia Asistida "Alabama" por su participación.

A mis compañeros y amigos del INAPAM.

¡GRACIAS!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES - ALBERGUE "ALABAMA"

1.1 De la asistencia a la atención integral	6
1.2 Características institucionales	11
1.3 El Albergue "Alabama"	15
1.3.1. Características del Equipo Interdisciplinario	17
1.3.2. Programa de Ejercicios Físicos para Adultos Mayores	19
1.3.3. Participación del Trabajador Social en el equipo interdisciplinario en un programa de Ejercicios físicos para Adultos Mayores	24
1.4 Particularidades del Adulto Mayor del Albergue "Alabama"	28

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Proceso de envejecimiento	30
2.2. Envejecimiento , Salud y socialización	37
2.3. Adultos Mayores con Enfermedad Articular Degenerativa Crónica	40
2.4. Conceptos de Ejercicio Físico y Enfermedad Articular Degenerativa Crónica	43
2.5. Beneficios del ejercicios físico en Adultos Mayores con Enfermedad Articular Degenerativa Crónica.....	45

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN EN EL PROGRAMA DE EJERCICIOS FÍSICOS COMO ALTERNATIVA A LA ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA CRÓNICA

3.1. Fases del proceso de intervención del Trabajador Social	47
3.2. Conceptualización	53
3.3. Técnicas e instrumentos	56
3.4. Funciones y actividades.....	58

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

4.1. Primer contacto con la Institución	63
4.2. Elaboración del Programa de Activación Física	65
4.3. Vinculación del Programa de Activación Física con la Enfermedad Articular Degenerativa Crónica	70
4.4. Aplicación del nuevo programa	72
4.5. Logros e impacto social del programa	74

CAPÍTULO 5

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1. Propuesta de Intervención Profesional	77
--------------------------------------------------	----

CONCLUSIONES	81
--------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	83
--------------------	----

ANEXOS.....	93
-------------	----

INTRODUCCIÓN.

Es bien sabido que el inicio de la vejez está muy relacionado con el proceso de pérdidas, como la jubilación laboral, la disminución del poder adquisitivo, el fallecimiento de amigos y familiares contemporáneos, la aparición de enfermedades y el cambio en el estilo de vida. Sin embargo, no existe una edad específica que convierta al individuo en anciano, aunque para la Organización Mundial de la Salud entre los 60 y 65 años comienza esta etapa, de acuerdo a las características de cada región. Sin embargo, sentirse anciano tiene mucho que ver con las características y desarrollo individual hasta las condiciones sociales y culturales.

Sin importar la edad cronológica, los adultos mayores pueden hacer mucho para mejorar su calidad de vida, si tienen un envejecimiento activo, que implica, actividad física, social, intelectual y emocional, al mismo tiempo que actitudes de previsión y compromiso con la vida.

Utilizando la metodología de la sistematización de la práctica profesional, se pretenden rescatar los conocimientos que se han adquirido con el trabajo realizado. En este trabajo, se intentará describir la actividad desarrollada en forma ordenada lo que permitirá analizar los métodos, instrumentos y técnicas que se utilizaron durante el período 2001 – 2003 de la experiencia profesional.

Así, en el primer capítulo de este trabajo, se describen los programas gubernamentales de apoyo integral con los que cuentan las personas de edad avanzada, la función de los Albergues y en particular las características de la población del Albergue "Alabama".

En el segundo capítulo se mencionan: los antecedentes de la asistencia al adulto mayor en México, la creación del INAPAM (antes INSEN) y el programa de asistencia al adulto mayor en el Albergue "Alabama".

En el capítulo tercero, se exponen los beneficios del ejercicio físico en los adultos mayores con Enfermedad Degenerativa Crónica y se sugiere un Programa de Ejercicios Físicos.

En el cuarto capítulo se describen los resultados de la intervención del Trabajador Social en el Programa de Ejercicios Físicos.

En el capítulo quinto se propone la intervención del Trabajador Social en el ámbito de atención de los adultos mayores.

CAPITULO 1

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES - ALBERGUE " ALABAMA"

1.1. De la asistencia a la atención integral (Contexto histórico INAPAM)

El sector poblacional conformado por las personas mayores de sesenta años tiene gran importancia en las sociedades del mundo:" Entre los esquimales son numerosas las leyendas que relatan el salvamento milagroso de los viejos que se describen como magos, poderosos, inventores y curanderos." ¹ Pero a pesar de que en la población adulta mayor se resume la experiencia y la sabiduría, también existe vulnerabilidad ya que en muchos casos se pierde la capacidad de valerse por si mismo, enfrentando situaciones de soledad y marginación.

Existen ejemplos de culturas donde los ancianos eran aceptados y respetados. En México el Huehuetque (Huehuetl- viejo) o(Maceualli -el más viejo), después de haber sobrevivido a guerras, enfermedades y problemas de salud, era objeto de gran aceptación, siendo su presencia importante en todo tipo de ceremonias. "Sus últimos años los disfrutaba de forma apacible y lleno de honores y formaba parte en los consejos de Barrios en que habitaban ". ²

De la civilización maya existen testimonios de que el respeto y la aceptación del anciano era inculcado entre los jóvenes por lo que el adulto mayor también era de gran importancia en las ceremonias y ritos, ya que generalmente se escogía a los viejos por su respetabilidad.

Así, todas las culturas, exterminadas muchas de ellas durante la invasión española de una u otra manera manifestaron el respeto y la admiración hacia sus ancianos, lo que se pierde en gran parte durante la Colonia.

¹ BEAUVOIR, Simone de. *La vejez*. Buenos Aires, Argentina, Ed. Sudamericana, 1970. Pag. 194

² GUERRERO MONDRAGÓN, Eva. *El anciano y su realidad actual*. Tesis profesional. ENTS, UNAM. 1984, Pag. 18

En la época de la Reforma se trata de rescatar esta costumbre, pero la intervención francesa y luego la americana no permiten a algunos ilustres mexicanos este rescate, y es hasta la época del Porfiriato cuando se habla que el Gobierno manda decir misas para sus sirvientes de más edad el día 28 de agosto.³

A lo largo de la historia, las acciones de protección hacia el anciano, estuvieron fuertemente guiadas por la mística de la caridad, sustentada en el pensamiento teológico de Santo Tomás de Aquino, quien inculcaba a los individuos el amor y la ayuda a los demás pero más aún por lo necesitados. En esos tiempos, la caridad cristiana ejercida por el clero y particulares da origen a las primeras obras de beneficio a la comunidad.

Dentro de las acciones emprendidas por los religiosos destacan las de Vasco de Quiroga quien funda los primeros hospitales para indios y los capacita en oficios, con la finalidad de mejorar sus niveles de vida, sentando con ello las bases de la asistencia social.

Bajo la concepción de amor a Dios y ayuda al prójimo se construyeron hospitales, asilos y otras obras en el territorio nacional. Primero se funda el Hospital de Jesús y es hasta el México Independiente, con el movimiento de Reforma, que se acuña el concepto de "Beneficencia Pública", siendo el sistema de ayuda para los individuos con carencias, el cual sustituye a la caridad cristiana.

En el Siglo XX, el cambio tecnológico y económico hizo de esos años una época de jóvenes, por lo que las personas de la tercera edad fueron relegadas, no sólo de la sociedad, sino inclusive en las familias, devaluando no sólo al anciano, también, indirectamente, las raíces, legados y experiencias culturales e históricas.

El "México Viejo", no había sido objeto de una acción asistencial sistematizada con carácter gubernamental hasta que el Lic. José López Portillo, Presidente de la República, creó por decreto el 22 de agosto de 1979, dependiendo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, al Instituto Nacional

³³ MIRANDA VALENZUELA, Laura F. *INAPAM. Historia de sus Acciones, Aprendizaje de la Experiencia y Proyección hacia un nuevo Milenio*. 2003. Pag. 4

de la Senectud, como órgano rector de la asistencia social para la vejez de México, a través del análisis y evaluación constante de los programas que sustentan sus acciones, creando con ello la continuidad y crecimiento de los servicios que se ofrecían a la población senecta.⁴

El 17 de enero de 2002 se publica en el Diario Oficial el Decreto por el cual el Instituto Nacional de la Senectud se incorpora a la Secretaría de Desarrollo Social y cambia su nombre a Instituto Nacional de Adultos en Plenitud, rigiéndose como el organismo rector de las políticas públicas de desarrollo social y humano de los Adultos Mayores.

El 27 de junio de este mismo año se publica en el Diario Oficial la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para sus cumplimiento mediante la regulación de:

- La política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores.
- Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional y
- El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.⁵

El 25 de junio de 2002 con la transformación del Instituto Nacional de Adultos en Plenitud por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, se obtiene autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus objetivos y atribuciones. Este nuevo enfoque de trabajo tiene como objetivo general: coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la ley.

⁴ Idem, Pág. 5

⁵ INAPAM. *¿Quiénes somos y qué hacemos?*. SEDESOL. 2002

A lo largo de más de 20 años, la labor del Instituto, ha sido ardua y ha buscado ampliar su cobertura, se han abierto albergues, donde los adultos mayores tienen casa, vestido, alimento, atención médica y psicológica, terapia ocupacional y distracción, además de la convivencia natural que se va fomentando y va encaminada a su calidad y calidez de vida.

También se abrieron las Residencias de Día promoviendo la creación de grupos autogestivos, que por la tarde regresan a su hogar, pero ya tuvieron ocupación durante la mayor parte del día, pudiendo relatar a sus familiares sus experiencias durante su jornada.

Además se han abierto los Clubes de la Tercera Edad en distintos rumbos de la ciudad, área metropolitana y provincia, en donde concurren adultos mayores de la comunidad circundante, teniendo diferentes actividades como juegos de salón y terapia ocupacional, organizándose paseos de manera programada.

Por otra parte el Instituto se ha preocupado por medio de la afiliación buscar descuentos con prestadores de servicios y venta de medicamentos para que las personas de edad avanzada tengan la posibilidad de adquirir productos y servicios.

La tarjeta de afiliación funciona como un documento de identificación, para aquellas personas, adultas mayores, que carecen de un documento oficial, además de ser la puerta de entrada a todos los servicios que presta el Instituto, se obtiene con un trámite sencillo, no tiene fecha de expiración y se repone en caso de extravío.

Para aquellos ancianos que requieren de una orientación jurídica y no tienen los medios para obtenerla se crea la Procuraduría de la Defensa del Anciano.

Muchas personas de más de 60 años que deseaban o necesitaban trabajar se encontraban con la absurda negativa para ser contratados, ya que se les requería tener menos de 45 años, por lo que se abrió la Bolsa de Trabajo, en ayuda de estas personas.

Ante el temor de ser jubilados, muchos adultos mayores no saben como enfrentar esta situación, ya que consideran que se quedarán sin actividades y por ello se iniciaron los cursos de Preparación para el Retiro, en los que, psicólogos conocedores del problema dan ciclos de conferencias, para que el retiro no cause problema alguno.

Convencidos de que en el anciano existen necesidades de tipo emocional y cultural se fundó el Centro Cultural de la Tercera Edad, que ha tenido éxito y en donde se imparten clases de carácter teórico y otras de carácter práctico. Dentro de este centro se ha establecido el turismo para adultos mayores y el área deportiva quien se encarga de organizar anualmente los Juegos Nacionales, Deportivos y Culturales de la Tercera Edad.

En toda la República se ha extendido la acción de Instituto, nombrando Delegados y Subdelegados en todos y cada uno de los estados del país, quienes participan en las tareas de afiliación, conferencias y creación de Clubes de la Tercera Edad.

El Voluntariado, integrado por damas de nuestra sociedad, trabajan a favor de los adultos mayores, consiguiendo donativos y entregando artículos a los ancianos más necesitados.

Al tomar el cargo el actual Director General, Lic. Pedro Borda Hartmann presenta una nueva perspectiva, no sólo de servicio, sino de calidad y equipo de trabajo en donde los adultos mayores puedan disfrutar de esta etapa de vida plenamente.

1.2. Características Institucionales

La Ley General de Salud reglamenta todas las acciones encaminadas a mejorar la salud de los mexicanos y también las orientadas a proteger a personas que por su edad y condiciones físicas, mentales y sociales están incapacitadas para procurarse un medio de subsistencia que les permita alcanzar una vida plena y productiva con la calidad necesaria, establece que la atención a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo debe ser proporcionada en establecimientos especializados.

La normatividad establecida en la Ley General de Salud, dice que los ancianos tributarios de los servicios de asistencia social son las personas mayores de 60 años, cuya situación familiar o laboral las coloca en estado de abandono, es decir con las siguientes características:

- Falta de familia
- Rechazo familiar
- Maltrato mental o físico
- Carencia de recursos económicos

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, cuya función principal es de carácter social, ha establecido 12 Unidades Gerontológicas en el área metropolitana y 3 en provincia, para proporcionar los servicios indispensables a los ancianos. Se cuenta con 7 unidades que funcionan como Residencia de Día, 3 que funcionan como Albergues y 5 unidades mixtas, es decir, que cumplen la función de Albergue y Residencia de Día. Es necesario destacar que estas unidades cuentan con una infraestructura ya sea adaptada para las necesidades de los ancianos, o bien han sido construidas anticipadamente para ello.

La población a quien atiende el INAPAM, es la más desprotegida, pues en general son personas que no cuentan con los recursos económicos para poder tener una calidad de vida digna, ni con familiares que les puedan apoyar.

Los requisitos para ingresar a estas Unidades son los siguientes:

- Ser mayor de 60 años y estar afiliado al Instituto.
- Valerse por sí mismos tanto física como mentalmente.
- Presentarse el interesado con una persona responsable a la Oficina de Trabajo Social del Departamento de Unidades Gerontológicas para la realización de valoraciones médica, psicológica y socio-económica.

Dentro de las Unidades se les proporcionan los siguientes servicios:

- Atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación. Los ancianos que requieren de atención médica especializada se les envía a una unidad de salud del siguiente nivel de atención.
- Trabajo Social, encaminado a la aplicación de la Terapia Ocupacional, el mantener relaciones armónicas dentro de la unidad y promover el reingreso del anciano al núcleo familiar, cuando esto sea posible.
- Alojamiento definitivo o temporal que comprende las áreas físicas, instalaciones y mobiliario
- Alimentación, proporcionando una dieta balanceada al anciano con los aportes nutricionales necesarios según su estado de salud.
- Actividades ocupacionales y recreativas, estimulación sensorial y diseño ambiental, que tiene por objeto mantener la salud mental del anciano.

Los diversos tipos de actividades ocupacionales y recreativas han sido implementadas con el fin de mantener la salud, estas son impartidas por personal especializado, que puede ser contratado por el Instituto , proporcionado por otras instituciones o impartido por los propios ancianos, todas estas actividades son coordinadas por Trabajo Social.

Las actividades recreativas y ocupacionales que se llevan a cabo en las Unidades Gerontológicas se pueden dividir en tres:

- Gerontológicas: es la terapia ocupacional que se brinda al anciano de acuerdo a sus gustos, capacidades y estado mental.
- Sociales: las cuales comprenden eventos y festejos, así como la convivencia con grupos afines.

- De esparcimiento: como son el Cine - Club, juegos de mesa, paseos y visitas a museos entre otros.

Las actividades que desarrollan los Trabajadores Sociales dentro de las Unidades Gerontológicas son las siguientes:

- Estudio socio-económico.
- Seguimiento de caso con el grupo familiar para propiciar la reintegración al hogar.
- Apoyo al trámite y traslado a diferentes unidades de salud especializadas.
- Trámites legales y administrativos.
- Apoyo a los actividades recreativas y culturales.
- Gestión de documentos y concesiones.

Actualmente dentro de las Unidades Gerontológicas del INAPAM, se llevan cabo diversos programas como:

- Escuela para Hijos: cuya finalidad es proporcionar información a los familiares de las personas adultas mayores acerca del envejecimiento y los diversos aspectos de este proceso para ayudarles a comprender mejor las vivencias por las que atraviesan las personas de edad.
- Acción Social: este programa busca integrar a jóvenes estudiantes en las relaciones con adultos mayores, proporcionando ellos acciones que tiendan a mejorar las condiciones de vida de los usuarios en los albergues y enriqueciéndose con la experiencia de esta labor.
- Chiquillas apoyando a Adultos Mayores: donde se integra una convivencia intergeneracional a niñas y adolescentes de Casas Hogar del DIF y adultos mayores de los albergues del INAPAM.

Los Albergues son establecimientos creados por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores para procurar alojamiento y sustento a personas mayores de 60 años carentes de familia que les proporcionen medios económicos y afectivos. Estas unidades le ofrecen al anciano la oportunidad de tener un hogar para vivir, brindándoles una atención integral adecuada a su condición, con técnicas de apoyo que permitan la solución de su problemática familiar, social y emocional.

Cada Albergue cuenta, para su funcionamiento, con el siguiente personal:

- Un médico, que además de realizar las actividades propias de su profesión, en algunos casos es el administrador de la Unidad Gerontológica y coordinador del trabajo de las áreas de apoyo.
- Un psicólogo, encargado de la terapia individual y grupal que se le proporciona a la población de la Unidad Gerontológica.
- Un Trabajador Social, encargado de realizar los estudios socio-económicos, el seguimiento de casos, apoyar las actividades recreativas y culturales, gestión de trámites y documentos entre otros.
- Seis enfermeras, que en tres turnos, se encargan de la atención individual de los pacientes.
- Tres cocineras, encargadas de la preparación de los alimentos para las tres comidas diarias y dietas especiales, según sea el caso.
- Seis afanadores, que realizan actividades de mantenimiento y limpieza del albergue.

Este personal esta considerado para la atención integral de un promedio de 30 adultos mayores.

En los Albergues se proporciona asistencia médica de rehabilitación para las personas que así lo requieran estando a cargo del médico, las enfermeras y el psicólogo.

1.3. El Albergue "Alabama"

El albergue es un establecimiento de asistencia social en donde se proporciona alojamiento definitivo y sustento a persona mayores de 60 años que carece de una familia o de los medios económicos y afectivos para vivir. Los albergues se crean por la necesidad dar a los adultos mayores un hogar donde habitar, brindándoles una atención integral adecuada a su condición, con técnicas de apoyo que permiten la solución de su problemática emocional, familiar y social, el objetivo es evitar que los ancianos sean confinados en lugares donde no realicen ninguna actividad, reducidos a llevar una vida contemplativa que les provoca mayor deterioro físico y mental.

El albergue "Alabama" que con la nueva administración se llama "Residencia Asistida Alabama" se encuentra ubicado en Alabama número 17 en la Colonia Nápoles perteneciente a la Delegación Benito Juárez entre las calles de Nebraska y Montana, a una calle de la Avenida Insurgentes por lo que es una zona muy bien ubicada con todos los servicios y modernidad, a una calles se encuentra el Hotel de México hoy llamado World Trade Center México. La Colonia Nápoles es una zona considerada de clase media alta, en ella se pueden apreciar casas antiguas bien conservadas y modernos edificios que albergan a gran número de oficinas y comercios.

La "Residencia Asistida Alabama" atiende actualmente a 34 adultos mayores, de los cuales, 2 hombres reciben el servicio de residencia de día que consiste en asistir a la unidad de las 8:00 a las 16:00 horas para realizar actividades de terapia ocupacional y gozar de todos los servicios que les brinda el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, al término de las actividades se retiran a su casa con su familia. Los 32 restantes, 4 hombres y 28 mujeres, reciben el servicio de albergue que consiste en alojamiento definitivo y sustento de todas sus necesidades básicas para poder vivir con dignidad.

La edad de los ancianos que se atienden fluctúa entre los 67 y 96 años siendo las mujeres las más longevas.

Aproximadamente la mitad de los ancianos albergados, no tienen como responsable a un familiar directo, para cubrir este requisito de ingreso se valen de amigos o vecinos.

El 22 % de población de la residencia cuenta con una pensión por parte del IMSS o del ISSSTE el resto no tiene ningún ingreso económico.

Al ingresar al albergue algunos ancianos aportan una Cuota de Recuperación que les es asignada según el estudio socio-económico que se les realiza, actualmente únicamente 12 de los adultos mayores atendidos en el albergue aportan esta cuota, que oscila entre los \$20 y los \$500.

En cuanto al grado de escolaridad encontramos que: 4 ancianos son analfabetas, 10 saben leer y escribir, 6 terminaron la primaria, 9 estudiaron la secundaria y 3 cursaron una carrera técnica.

La Residencia Asistida Alabama no tiene un área de influencia específica pues los ancianos albergados provienen de muy diferentes puntos del Distrito Federal y del Estado de México como puede apreciarse en el siguiente cuadro.

ZONA DE PROCEDENCIA

Delegación	Colonia	Número
Álvaro Obregón Benito Juárez	Molino de Rosas	1
	Del valle	1
	Cd. de los Deportes	1
	Narvarte	1
	Villa de Cortés	1
	Letrán Valle	1
	Álamos	1
Coyoacán Cauhtémoc	Romero de Terreros	1
	Roma	2
	Guerrero	1
	Centro	3
	Peralvillo	1
Gustavo A. Madero	Industrial Vallejo	1
	Lindavista	1
	Guadalupe Tepeyac	1
	Gabriel Hernández	2
	Acueducto de Guadalupe	1
	Santa Anita	1
Iztacalco	San Pedro de los Pinos	1
Miguel Hidalgo	Valle Gómez	1
Venusiano Carranza		1
Estado de México		10

1.3.1. Características del Equipo Interdisciplinario

Las características particulares del Adulto Mayor atendido en el Albergue Alabama, demandan la interacción de lo que ha dado por llamarse Equipo Interdisciplinario, integrado por el médico, la psicóloga, las enfermeras y el trabajador social. Los distintos miembros del Equipo Interdisciplinario, así como los otros profesionales relacionados con él, además de aportar los conocimientos propios de su profesión, deben desligarse de los estigmas y estereotipos que la sociedad y aún de que los mismos profesionales tienen respecto a la vejez para impregnarse de la objetividad necesaria para analizar los problemas del anciano sin ningún prejuicio, logrando con ello la atención integral del adulto mayor.

Para Mágnum "El trabajo interdisciplinario sugiere un mayor emparejamiento de dos o más disciplinas o campos de estudio, los cuales se desdibujan al integrarse".⁶

El objetivo fundamental del Equipo Interdisciplinario es: brindar una atención integral al Adulto Mayor, basado en la comprensión holística del envejecimiento, es necesario que las funciones de cada uno de los miembros del equipo trascienda el campo de su profesión, para conocer no sólo su área profesional, sino las demás áreas, de manera que puede comprender de manera adecuada como pueden estarse influyendo una a la otra.

Para todo plan de tratamiento, sea del tipo que sea, es necesario partir de un diagnóstico inicial, que en el caso del albergue, será una valoración integral del anciano. Para ello es necesario que se le valore en las áreas física, psíquica y social.

Al iniciar la valoración, cada una de las áreas delimita, de alguna manera su campo de investigación así:

El **área física** se enfoca al estado orgánico y fisiológico del adulto mayor, incluyendo su estado

⁶ FERNADEZ BALLESTEROS, Rocio. *Gerontología Social*. Madrid, España, Ediciones Pirámide, 2000, p.p. 36 -38

nutricional y dental, así como de funcionalidad, dependencia o independencia física y cómo el estado de salud puede estar influyendo en estas capacidades. Es importante tomar en cuenta la medicación que utiliza y su capacidad e interés de autocuidado.

El **área psíquica** revisa dos aspectos fundamentales: el funcionamiento cognoscitivo y el funcionamiento emocional. El primero se refiere a todas las funciones cognitivas en cuanto a su mantenimiento o deterioro, y la posible influencia de una con otra.

En cuanto al funcionamiento emocional, se refiere a las herramientas psicológicas con que cuenta el anciano, cómo ha podido enfrentar los problemas a la largo de su vida, el tipo de relaciones interpersonales, su percepción del mundo y de sí mismo, la conciencia de enfermedad y la percepción de bienestar.

Es importante conocer el manejo afectivo, que implica no sólo su estado de ánimo actual, sino sus posibles efectos encubiertos y si hay relación con alguna enfermedad física ya sea como resultado o como causa.

El **área social** abarca desde las relaciones familiares del anciano, sus relaciones sociales, comunitarias y culturales. Se considera el tipo de familia de la que proviene y el tipo de familia que tiene o tuvo, la relación con sus hermanos, cónyuge, hijos y nietos. El entorno en el cual se desenvuelve las características y el tipo de casa que habitó y su comunidad.

Son importantes sus recursos financieros, para conocer el tipo de apoyo que tiene así como los servicios de los que es derechohabiente, en la valoración social se debe incluir su capacitación para el trabajo y su desarrollo cultural.

Una vez realizada la valoración por cada área, se reúnen los miembros del equipo para discutir el caso y conocer de que manera un área está influyendo o siendo influenciada por otra. El equipo interdisciplinario tiene ahora la capacidad de planear un tratamiento y dar las sugerencias adecuadas para dar la atención integral que beneficie al Adulto Mayor.

1.3.2. Programa de Ejercicios Físicos para Adultos Mayores

El Programa de Ejercicios Físicos para Adultos Mayores fue diseñado como un programa piloto para las Unidades Gerontológicas con el propósito de brindar a los Adultos Mayores la posibilidad de realizar alguna actividad que les permitiera mantener la movilidad necesaria para conservar su autonomía física.

A continuación se transcribe el programa.

PROGRAMA DE ACTIVACIÓN FÍSICA PARA ADULTOS MAYORES DE LA UNIDADES GERONTOLÓGICAS DEL INAPAM

JUSTIFICACIÓN

El proceso de envejecimiento del organismo plantea no sólo problemas biológicos, sino también problemas de carácter psicológico y social, por lo que la conciencia de envejecimiento, algunas veces hace perder la confianza que la persona tiene de sí mismo. Por lo general la persona anciana es muy propensa y susceptible a sentirse rechazada al no poder desarrollar las actividades y funciones que realizó en su vida.

Por esta razón debe proporcionársele la oportunidad de realizar algunas actividades físico-recreativas especialmente preparadas para personas de la tercera edad, esta ejercitación inicialmente consistirá en rutinas de acondicionamiento físico realizadas en forma sistemática, bajo la supervisión del personal capacitado para dirigir estas actividades y recibiendo atención médica constante, lo que permitirá al paciente participar de una manera activa y segura en el programa.

Algunos de los beneficios que un programa de activación física reporta son:

- ✓ Fomenta las relaciones sociales entre los adultos mayores en actividades que requieren labor de equipo, creando un sentido de colaboración y comunicación con sus compañeros.
- ✓ Refuerza la seguridad en sí mismos.
- ✓ Capacita al anciano a reaccionar de manera más segura y adecuada ante diversas situaciones de la vida diaria.
- ✓ Reduce el riesgo de contraer enfermedades coronarias.
- ✓ Ayuda a mantener una capacidad respiratoria adecuada.
- ✓ Retarda la aparición de alteraciones del aparato músculo-esquelético.

Las personas que en realidad son cronológicamente viejas, siguen descubriendo que a través de la actividad física logran cosas satisfactorias en la vida, como cualquier otra persona, pues poseen la capacidad de sentirse satisfechos si pueden seguir llevando a cabo diferentes actividades.

La edad no debe representar un obstáculo para ejercitarse.

POLÍTICAS

El Instituto Nacional de las personas Adultas Mayores, ante la necesidad de atender la problemática integral de la población anciana en México, ha llevado a ejecutar una política gubernamental que tiene como propósito:

“ La solución de sus problemas al obtener su bienestar integral; política que básicamente consiste en la organización y ejecución de programas asistenciales basados en el conocimiento, causa y consecuencia del proceso de envejecimiento”.

Ante esta realidad, se hace necesaria la creación de un Programa de Activación Física que cubra la necesidad de mantener a los ancianos en constante movilidad y gozando de los beneficios que ello le proporcione.

OBJETIVO

Lograr la participación de los adultos mayores de los albergues y residencias del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, para que con la práctica cotidiana y sistematizada de ejercicios físicos mejore su estado anímico y conserve en óptimas condiciones de salud.

METAS

- Que el 100% de los adultos mayores de albergues y residencias conozcan el Programa de Activación Física.
- Que el 100 % de los adultos mayores de albergues y residencias sepan de los beneficios que la actividad física les proporciona.
- Que el 100% de la población de albergues y residencias físicamente apta participe en el Programa de Activación Física.

LÍMITES**ESPACIO**

El Programa de Activación Física se realizará preferentemente en espacios abiertos como patios, terrazas y jardines, si el albergue o residencia no cuenta con estos lugares, la actividad se puede realizar acondicionando la sala o el comedor.

TIEMPO

Es recomendable que una vez iniciado el programa se practique diariamente por tiempo indefinido, aumentando gradualmente la cantidad, calidad e intensidad del ejercicio.

UNIVERSO DE TRABAJO

El Programa de Activación Física esta dirigido a personas de 60 años o más, residentes o albergados del INAPAM.

ORGANIZACIÓN

ESTRUCTURA

El personal que intervendrá en el Programa de Activación Física es:

- Médico, que se encargará de evaluar a cada uno de los pacientes e informará al instructor o encargado del programa quienes son los adultos mayores aptos para realizar las actividades físicas, además estará presente durante cada una de las sesiones del programa.
- Trabajador Social, quien será el responsable de aplicar el Programa de Activación Física, dará las indicaciones precisas de cada uno de los ejercicios, observará que los ejercicios se realicen de manera adecuada sin ningún riesgo para los ancianos y motivará a la población a participar en estas actividades. Su función principal será el asistir a cada miembro del grupo a obtener satisfacción y disfrute mediante las relaciones que establezca con sus compañeros y las actividades físicas que realice.
- Enfermeras, auxiliarán a cada uno de los pacientes en la realización de los ejercicios, detectarán cualquier síntoma de fatiga, vigilarán el estado de salud de cada uno de los participantes, registrarán las frecuencias cardíacas de cada anciano y prestarán los primeros auxilios cuando se requiera.

SUPERVISIÓN

INTERNA

El Médico de cada Unidad Gerontológica será el encargado de supervisar que se realicen los ejercicios en el horario que considere más adecuado, que no sea excesivo el trabajo, que participen todos los ancianos que sean aptos y que no se ponga en riesgo la salud de los pacientes.

EXTERNA

Será realizada por personal asignado por la Jefatura de Unidades Gerontológicas

EVALUACIÓN

CUANTITATIVA

Se realizará en base a la participación de cada uno de los pacientes aptos para el programa.

- En la medida en que aumente el tiempo destinado para la actividad física.

- En la medida en que aumente el número de ejercicios, el grado de dificultad y la intensidad de cada movimiento.

CUALITATIVA

Se realizará en base a los beneficios que la actividad física reporte a los ancianos participantes, como puede ser:

- Agilidad y destreza en sus movimientos.
- Disminución de los dolores de espalda y articulaciones.
- Facilidad para caminar.
- Mayor disposición para realizar cualquier actividad.
- Reafirmación de la autoestima.
- Mejoría en la calidad del sueño.

ACTIVIDADES

Serie de ejercicios que permitirán la obtención de un bienestar a las personas de edad que los realicen.

(Ver Anexo 1)

1.3.3. Participación del Trabajador Social en el equipo interdisciplinario en el Programa de Ejercicios Físicos para el Adulto Mayor

La idea de realizar un Programa de Activación Física para Adultos Mayores en el Albergue "Alabama", surge de la necesidad de implementar nuevas alternativas de atención para la población a la que se atiende, que se caracteriza por la presencia de la Enfermedad Articular Degenerativa Crónica, cuya repercusión no sólo es física, sino psicológica y social ya que el síntoma principal es el dolor, situación que influye notablemente en el estado de ánimo, la interacción social y la cohesión grupal.

Antes de iniciar el programa se realizó un estudio profundo para conocer el perfil de las personas que participarían en él con estudios médicos, psicológicos y sociales.

En la valoración social se conoce la relación existente entre el adulto mayor y el medio social en que se desenvuelve, incluyen desde el entorno comunitario, el lugar físico donde viven, sus contactos sociales, sus situación socio-económica y familiar. Es importante tomar en cuenta cada uno de estos aspectos ya que su integración nos mostrará las características particulares de cada uno de los pacientes que se está atendiendo.

Dentro de esta valoración es importante detectar los aspectos negativos que pueden estar influyendo en la salud del anciano, como abandono, maltrato, soledad, violencia, rechazo, descuido, falta de recursos económicos, etc. Pero cabe resaltar que es necesario también tomar en cuenta los aspectos positivos como el apoyo familiar, el apoyo social, la adecuación del entorno, los recursos económicos y la cercanía de los lugares de asistencia, cultura y recreación entre otros.

El equipo interdisciplinario utilizó para la evaluación inicial los instrumentos que a continuación se describen:

A. Evaluación de la marcha y balance de Tinetti.

Esta evaluación ayuda a detectar el deterioro en la deambulación no reconocido durante el examen clínico convencional por su mayor sensibilidad diagnóstica. Así la función que explora es la deambulación por medio de dos cuestionarios: uno es de marcha y el otro de balance. Lo aplican el médico y el trabajador social.

La evaluación consta de 18 reactivos, 10 miden el balance y 8 la marcha. Los reactivos se califican con opciones con puntajes entre 0 y 3 por lo que el máximo de balance es de 16 puntos y el de marcha 12, por lo cual hace un total de 28 puntos para la prueba. (Ver Anexo 2)

La prueba se basa en la observación directa del aplicador y el tiempo para su administración es de 5 a 15 minutos dependiendo del sujeto.

B. Escala de Actividades de la Vida Diaria de Katz.

La escala cuantifica las actividades básicas de la vida; se puede graduar la pérdida de las funciones y su objetivo principal es evaluar el caminar y utilizar escaleras, así también evalúa el de automantenimiento⁷.

Esta evaluación cuenta con 6 reactivos cada uno de ellos con 4 posibilidades de respuesta y se evalúa con una puntuación de 0, 0.1 y 1. La suma de los resultados lleva a un máximo de 6 puntos, considerado como lo normal esperado, por lo que una puntuación menor indica cierta dificultad para realizar sus funciones básicas o bien llegar a una dependencia total de otra persona. Las actividades básicas consideradas en esta escala son: bañarse, vestirse, ir al baño, levantarse, comer y continencia. (Ver Anexo 3)

⁷ SALGADO, Alberto y GUILLÉN, Francisco. *Manual de Geriatria*. España, Ed. Salvat, 1990. p.p. 139 - 150

La Escala AVD de Katz cuenta con un alto grado de confiabilidad, aplicarlo requiere de mucha observación por parte de enfermería y trabajo social. Su objetivo principal es valorar el grado de funcionalidad del adulto mayor.

C. Sociometría

La sociometría es un método de investigación de las relaciones sociales, es decir es el estudio y la medición de la elección social. También se le conoce como un medio de estudiar las atracciones y repulsiones de los miembros del grupo. Este método siempre tiene detrás ideas tales como elección social, interacción, comunicación e influencia.

Para su funcionamiento óptimo se recomiendan de 5 a 7 preguntas. Las instrucciones deben incluir la cantidad de elecciones permitidas y mencionar la importancia de evitar el anonimato.

Las formas básicas de análisis sociométrico son cualitativas y cuantitativas. La más importante dentro de las primeras son las matrices sociométricas y para las segundas los índices como cohesión y status sociométrico.

a. Matrices sociométricas. En ellas se expresan todas las elecciones de los miembros de grupos dentro de cualquier grupo. Permite la realización de sociogramas y la determinación de puntos y cadenas de influencia.

b. Índices sociométricos.

Indican las características sociométricas de individuos y grupos. El status sociométrico permite conocer la elección de las personas y el índice de cohesión de grupo, es la proporción de las elecciones mutuas al número total de pares posibles.

En la encuesta sociométrica se utilizó un cuestionario con 5 preguntas, las cuales se dirigían hacia la

preferencia de relación con otra persona. Se limitó la cantidad de elecciones a una. (Ver Anexo 4)

La prueba fue aplicada por trabajo social y psicología.

D. Evaluación de Interacción Social.

Este instrumento tiene como finalidad conocer la frecuencia de participación de los sujetos en actividades cotidianas propias del albergue, así como la cantidad de ocasiones en las que presentan relación con sus compañeros. De esta manera los aspectos observados para esta evaluación son los siguientes: buen humor (que implica un estado de ánimo caracterizado por la tranquilidad y/o alegría), desayuno, terapia ocupacional, conflictos, (definidos como la ausencia de agresión y rechazo en la relación interpersonal), comida, convivencia (como la presencia dentro del grupo en actividades evitando el aislamiento) y si se integran con los demás sujetos durante los momentos destinados a ver la televisión.

La evaluación se aplica de 0 a 3, siendo este último el que implica una ausencia del aspecto para el sujeto en un determinado periodo de tiempo. Es decir mientras menos sea la calificación de un aspecto mayor será la constancia con que se presente. (Ver Anexo 5)

Es aplicado por trabajo social y enfermería.

Una vez terminada la aplicación de todos los instrumentos, el equipo interdisciplinario procedió a la calificación y análisis para determinar las necesidades de los ancianos y proceder a elaborar el Programa de Ejercicios para el Adulto Mayor.

1.4. Particularidades del Adulto Mayor del Albergue "Alabama"

Los adultos mayores que residen en el Albergue "Alabama" del INAPAM comparten el espacio del inmueble, tanto en los cuartos en donde duermen, los sanitarios, el comedor, la sala y en general todas las áreas en donde pueden acceder. Esto implica una convivencia cotidiana del grupo de albergados donde se siguen algunas reglas para evitar los conflictos, pero al mismo tiempo tienen ciertas libertades que les permiten mantener sus gustos y espacios propios.

Dentro de las actividades que realizan los ancianos está la terapia ocupacional en donde participan en talleres como carpintería, juguetería, cerámica y manualidades, cuentan con un bazar en donde venden los artículos que ellos mismos elaboran, obteniendo con ello una remuneración por su trabajo.

Los adultos mayores residentes en el albergue padecen en general, dos o más enfermedades a la vez y reciben la atención que cada caso amerita, ya sea por los médicos especialistas del instituto o acudiendo al servicio médico del cual es derechohabiente.

De los padecimientos más frecuentes en el adulto mayor del albergue se desprende el siguiente cuadro:

PADECIMIENTO	N° DE CASOS
Enfermedades dermatológicas	26
Insuficiencia vascular periférica	22
Hipertensión arterial	16
Problemas gastrointestinales crónicos	10
Probable demencia	6
Respiratorios	8
Diabetes	5
Parkinson	2

Los 26 adultos mayores que presenta la Enfermedad Articular Degenerativa Crónica representa el 81.2% del total de la población atendida, este padecimiento imposibilita al anciano para realizar diferentes actividades, siendo en mayor o menor grado dependiente de las personas que los asisten según se observa en el cuadro.

Grado de dependencia	N° de casos
Independiente total	6
Independiente parcial	14
Dependiente parcial	5
Dependiente total	7
Total	32

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Proceso de envejecimiento

Generalmente el proceso de envejecimiento se entiende cómo los cambios irreversibles que ocurren como consecuencia del paso del tiempo provocados por enfermedades o afecciones específicas, también se consideran importantes las condiciones físicas, funcionales y mentales de las personas sin embargo en la actualidad es ampliamente aceptado que la manera de envejecer esta determinada por la acción conjunta de varias causas, pero sobre todo por factores sociales, psicológicos y ecológicos y solo una pequeña parte esta determinada por factores biológicos, destacan de manera importante los aspectos históricos y socio culturales del entorno del individuo y los aspectos individuales con relación a la manera en que el sujeto se adapta y enfrenta su propio envejecimiento.⁸

Al envejecer, los cambios en el aspecto exterior tienen grandes implicaciones sociales y psicológicas. La sociedad discrimina en función de la edad, es decir, trata como viejos a los que parecen viejos de un modo estereotipado. Por su parte, los ancianos perciben como son tratados y suelen sentirse sorprendidos y tristes porque consideran que su personalidad, valores y actitudes son totalmente estables y, con excepción de reconocer que llevan un ritmo más lento, no consideran haber cambiado mucho de cuando eran jóvenes.⁹

Las perspectivas teóricas de las ciencias sociales y humanas sobre el envejecimiento han ido evolucionando desde los años cincuentas según tres periodos.

⁸ KRASSOIEVITCH, M. *Vejez y Redes Sociales*. Casa del Tiempo. Vol. 2 (14), 2000 854-57

⁹ TROLL, Lillian E., & SKAFF, Marilyn McKean. (1997). Perceived continuity of self in very old age. *Psychology and Aging*, 12, 162 - 169 citado en *Psicología del Desarrollo: Adulterez y Vejez*. Stassen Berger, Kathleen. Ed. Médica Panamericana. 2001. Madrid, España

1ª. Generación: Las teorías adaptativas relacionadas con la capacidad de interacción del individuo con su medio social.

2ª. Generación: Corresponden a este tipo las teorías estructurales cuyo campo de análisis son los componentes estructurales y su influencia en las diferentes cohortes de las personas que envejecen.

3ª. Generación: En donde se reconcilian los puntos de vista más individuales a los estructurales y fundan lo que se ha llamado la "economía moral" en donde se asocian a la vez los aportes de las teorías de desarrollo y ciclo de vida así como las relacionadas con el rol del estado y las políticas de la vejez.¹⁰

Las principales teorías sociológicas del envejecimiento son:

Teoría de la Modernización.

Destaca la situación actual del viejo caracterizada por ser relegado socialmente, siendo que en las sociedades tradicionales el viejo gozaba de un status elevado y era reconocido por su experiencia y sabiduría. Los progresos en el campo de la prevención y la salud ha aumentado la esperanza de vida de la población con el consecuente incremento de adultos mayores que requieren satisfacer sus necesidades sociales y de salud.

Desde el punto de vista económico esta teoría descalifica a los viejos en el ámbito laboral debido a las nuevas exigencias que generan mayor competitividad y mejor formación en las tecnologías de vanguardia, dentro de este contexto las personas mayores se vuelven obsoletas, acelerando el tiempo de la jubilación con las consecuentes pobreza y marginación.

¹⁰ Gogalons - Nicolet M Du vieillissement normal au vieillissement réussi. Aspects culturels, sociaux et psychologiques. Cahier Psychiatriques Genevois. (17) 1994, (11-36) citado en Aspectos Sociales del Envejecimiento. Antología para la unidad Temática. Salud del Anciano. Parte 2 Facultad de Medicina UNAM. 2003 (104-105). Compilador Ortiz de la Huerta, Dolores.

Teoría de la actividad.

Esta es la teoría más antigua y se fundamenta en la importancia que se les daba a los roles del individuo como la articulación principal entre lo psicológico y lo social.

Para esta teoría lo importante es estar socialmente vinculado, independientemente del tipo de roles sociales que se desempeñarán.

Actualmente la teoría enfatiza que las actividades sociales juegan un rol de "amortiguador" para atenuar el trauma de la pérdida de roles más importantes. Ellas promueven en el individuo que envejece, la reconstrucción de su propia imagen que ha sido deteriorada por las mismas pérdidas.

Esta visión no toma en cuenta a las personas más débiles económicamente ni a los de mayor edad. Cariou menciona que parecería más una teoría sobre la etapa del paso a la jubilación y no una teoría propia del envejecimiento.¹¹

Teoría de la desvinculación.

Esta teoría surge desde los años sesentas como reacción a la teoría de la actividad, y señala que :
"..El envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o desvinculación recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen y los miembros del sistema social, desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado o por los otros miembros de este sistema." ¹²

Desde el punto de vista social la teoría de la desvinculación respondería a dos necesidades, por una parte evitar que la desaparición natural de un individuo tenga repercusiones en el sistema y por el otro contribuir a la capacidad evolutiva de la sociedad permitiendo a las jóvenes generaciones

¹¹ HÉTE, J. L. *Psychologie du vieillissement*. Montreal , Canadá, 1988

¹² CUMMING, E. Y Henry, W. E.. (1961). *Growing Old: The process of disengagement*. New York, Basic Books Inc. 293

retomar los sitios liberados por aquellos que se están retirando, con lo que se estaría evitando el desempleo entre los jóvenes.

Teoría de la continuidad

La teoría de la continuidad (Rosow, 1963; Atchley, 1987, 1991) propone que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino que se trata tan solo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de la adaptación a la vejez. Por el contrario, se mantendrá una continuidad y estabilidad entre estas dos etapas.¹³

La teoría de la continuidad se basa en dos postulados básicos:

1. El paso a la vejez es una prolongación de las experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos.
2. Al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

Pocos campos del conocimiento han sido prolíficos en teorías como el envejecimiento, desde la antigüedad hasta nuestros días; por ello es importante advertir que la explicación del envejecimiento representa obstáculos particulares, que no deben perderse de vista para evitar la confusión a que nos conduce la existencia de muchas teorías al respecto, algunas teorías del envejecimiento desde el punto de vista biológico son:

Teorías Endocrinológicas.

El sistema endócrino realiza la función de coordinar el metabolismo y el desarrollo orgánico, a través de mensajeros denominados hormonas que van de niveles suprahipotalámicos hasta órganos

¹³ LEFRANCOIS, R. *Sociologie du Vieillessement*. En: Arcand M., Hébert R. *Précis Pratique de Gériatrie*. Edisem, Inc. Québec 1997 (45-57)

específicos, cuya función queda así regulada. Tal regulación consiste, en activar, reprimir, potencial o suprimir la expresión genética o la actividad enzimática a nivel celular.

El deterioro del tejido nervioso conforme avanza la edad afecta a la mayoría de las funciones neuroendócrinas, por lo cual resulta sugestiva la posibilidad de que los procesos de envejecimiento se desencadenen a partir de un reloj biológico situado en algún centro suprahipotalámico a través de neurotransmisores como la serotonina¹⁴.

Teoría de la Acumulación de Errores.

Propone como origen del envejecimiento la acumulación de errores en la fidelidad de la síntesis de proteínas, es muy probable que se produzcan errores en algunas de sus etapas: activación, iniciación, elongación y terminación. La acumulación de errores puede afectar en mayor o menor grado su función hasta hacerlas inútiles. Tales errores pueden converger hacia un estado estable de ineficiencia, retardando así el envejecimiento o divergir lo cual trascendería en una mayor acumulación de errores hasta estropear completamente la fisiología celular y orgánica¹⁵

Teoría de los radicales libres.

Los radicales libres son sustancias sumamente reactivas en el metabolismo celular normal. Se trata de átomos o moléculas, que contienen átomos con un electrón no apareado, pero no necesariamente con una carga neta, sino que requieren equilibrar el octeto en el orbital exterior de valencia.

En la inmensa mayoría de los organismos vivos, la producción de radicales libres constituye la primera línea de defensa en contra de otros organismos.

¹⁴ EVERITT, A.V. *The Neuroendocrine System and aging*. Gerontology 26: 108 - 119, 1980. Compilación del Dr. Eduardo Rubio Suárez, GEMAC

¹⁵ HART R., W., SETLOW, R.B. *Correlation between deoxyribonucleic acid excision repair and life span in a number of mammalian species*. USA 2169 - 2173 . 1974

En la década de los 60s. se comienza a conocer el daño biológico que los radicales libres derivados del oxígeno causan a macromoléculas de importancia capital para las funciones de los seres vivos, como son las proteínas y los ácidos nucleicos.

Dietas complementadas con antioxidantes, como la vitamina C o la vitamina E, o con antioxidantes artificiales han demostrado aumentar el promedio de vida de animales de laboratorio, aunque no su longevidad máxima.

Por lo anterior la teoría de los radicales libres ha atraído el interés de gran número de investigadores constituyendo así una línea de investigación muy activa¹⁶.

Sea cual fuere la razón por la que se envejece, este proceso es parte integral de la vida de todo individuo y se acompaña de cambios fisiológicos gradualmente progresivos, en el caso específico del sistema músculo-esquelético existen cambios en la piel, tejido graso, músculo, ligamentos, sinovial, cartílago y hueso.

La piel presenta degeneración en la trama de sostén a base de fibras colágenas y elásticas. El tejido graso subcutáneo disminuye en forma importante en muchas partes del cuerpo y su distribución es de forma irregular.

La fuerza muscular va disminuyendo a partir de los 30 años, sin embargo esta involución influye de manera importante en la actividad física del individuo. Las inserciones tendinosas del músculo presentan procesos inflamatorios o degenerativos que dan origen a fibrosis, los ligamentos pierden dureza y se calcifican.

¹⁶ HAYFLICK, L. *Biología del envejecimiento humano. Investigación y ciencia*. 1980 compilación del Dr. Eduardo Rubio Suárez

La sinovial secreta poco líquido provocando una disminución en la lubricación del cartílago, a esto se le llama articulaciones secas¹⁷.

El hueso aumenta el índice de la resorción ósea causado por problemas nutricionales, hormonales u otra serie de patologías como las digestivas.

Desde otro ángulo la vejez implica cambios psicológicos como son el sentimiento de soledad, de inutilidad, la falta de afecto, el aislamiento, la inactividad, temor a la muerte y depresión por disminución física, todo está dado a partir de la pérdida de roles que van sufriendo a través de la vida, lo que da como consecuencia un padecimiento muy común que es la depresión.

¹⁷ LOZANO CARDOSO, Arturo. *Problemas músculo-esquelético introducción a la geriatría*. México, Méndez Editores, 1992. pp. 123 - 165

2.2. Envejecimiento, Salud y Socialización

Uno de los cambios demográficos más importantes de fines del siglo pasado y principios de este, lo constituye el incremento en la proporción de personas mayores de 60 años respecto del total de la población. La variabilidad de las tasas de crecimiento en los grupos de edad se debe, en gran medida, a los avances de la tecnología y de la medicina gracias a los cuales se ha logrado frenar la mortalidad temprana, disminuir la fecundidad y aumentar la esperanza de vida. Así, los adultos mayores son el grupo que ha experimentado el mayor incremento poblacional.

Este cambio ha traído importantes impactos en la organización social y ha generado nuevas demandas que la sociedad en su conjunto está obligada a satisfacer, desde el rol social de los adultos mayores hasta la atención institucional especializada, particularmente en los aspectos de salud y seguridad social, pasando por el entorno familiar y la organización comunitaria. Esta nueva dinámica surgida en torno de los ancianos esta suscitando nuevos retos y generando nuevos proyectos.¹⁸

Bajo la perspectiva de la gerontología, el envejecimiento se considera una interpretación social, en donde existe una gran variedad evolutiva que facilita una visión de la vejez más profunda. Los gerontólogos intentan diferenciar el envejecimiento en función de la calidad con que se manifiesta y no basado exclusivamente en la edad, sino en las características relacionadas con la salud y el bienestar social.¹⁹

Actualmente se reconocen desde el punto de vista social, tres factores que desordenan la vida de los adultos mayores: la jubilación, la pérdida de familiares y la disminución de la salud. Por ello la posibilidad de que el adulto mayor reciba educación para atender oportunamente su salud y

¹⁸ CASAS TORRES, Graciela. *La Universidad para las personas mayores, un proyecto de la UNAM desde la Escuela Nacional de Trabajo Social.* (141) en Revista Trimestral Trabajo Social. No. 8 Adultos Mayores. ENTS - UNAM 2003

¹⁹ STASSEN BERGER, Kathleen. *Psicología del desarrollo: Adulthood y vejez.* Madrid, España, Ed. Médica Panamericana.. 2001

mantenerse sanos resulta de enorme trascendencia. Es aquí en donde la autoatención o el autocuidado juegan un papel muy importante.²⁰

Entendiendo el autocuidado como el hecho de aceptar la obligación del cuidado de la salud, que implica adoptar estilos de vida saludables, como el acondicionamiento físico, una alimentación balanceada, evitar el alcoholismo, el tabaquismo, sedentarismo y la obesidad; así como evitar la automedicación, reconocer el lenguaje del organismo, advertir los síntomas de alarma así como los factores de riesgo, aceptar y cooperar con la enseñanza que facilite el aprendizaje para conservar y mejorar la salud.

Generalmente el adulto mayor se conoce, sabe como funciona su organismo y como cuidarlo, lo que necesita es la adquisición de técnicas que le ayuden en determinado momento a distinguir entre lo que es normal y lo que es anormal. Con su experiencia y los nuevos conocimientos podrá solucionar algunos problemas y cuando así lo amerite acudir al médico.

Por otra parte, la socialización, como objetivo del Trabajo Social de Grupos, pretende un intercambio de valores espirituales, morales, culturales y sociales para que estos se proyecten tanto en el individuo como en la comunidad.²¹

El proceso de socialización significa que un sujeto establece relaciones con las demás personas y consigo mismo. Todas las personas tienen la necesidad de pertenecer a un grupo y no pueden vivir en el aislamiento²².

Por lo tanto es imposible percibir al hombre como una unidad, como también es imposible dejar de ver que el hombre cada día, para su realización depende más de su interacción con los demás; siempre ha convivido con sus semejantes ya sea en clanes, tribus, casas hogar etc., que le dan una

²⁰ CASAS TORRES, Graciela. *Modelo de educación para la salud, dirigido a una población anciana* (6) en Revista Trimestral Trabajo Social. N° 8 Adultos Mayores. ENTS - UNAM 2003

²¹ CONTRERAS DE WILHELM, Yolanda. *Trabajo Social de Grupo*. Ed. Pax - México. 1980 pp.16

²² GELDARD, Frank A. *Fundamentos de Psicología*. México, Ed. Trillas, 1972.

identidad y en muchos casos sentido a su vida. Lo que verdaderamente hace humano al hombre es su contacto con otros hombres.

Desde el momento de nacer formamos parte de un grupo familiar y sucesivamente tenemos grupos escolares, sociales y de trabajo, entre otros a lo largo de la vida en los que se satisfacen una serie de necesidades.

Hay personas mayores a las que el hecho de envejecer les motiva a descubrir nuevos roles, sin embargo, a otros les provoca crisis personales por lo que existe la búsqueda de una salida o forma de adaptación para seguir viviendo, bien sea a través de quejas constantes, comportamientos contradictorios o bien fragilidad emocional y afectiva; es decir, se entristecen o lloran exigiendo interés y afecto, pero ese comportamiento suele testimoniar una disfunción de su capacidad de sociabilidad concentrando su interés sobre su estado físico, menospreciando su calidad y presentación y un deseo creciente de estar sentado o en cama, o con una actitud evidente de pereza o depresión; formando un ambiente de conflicto con quienes convive o con quien los atiende, incluso puede manifestarse en forma agresiva.

Son innumerables las manifestaciones, por lo que el deber primordial del equipo que labora con ancianos es el cuidado de la salud física y mental, lo cual se da desde la creación de un ambiente agradable, de una buena alimentación, de mantenerlos ocupados con diversas terapias, o bien con ejercicio físico²³ que les ayude a disminuir su estado de ansiedad.

También es importante resaltar el hecho de que los ancianos cursan diferentes patologías debido al proceso mismo del envejecimiento lo que agrava sus problemas de salud y su interrelación social deteriorando la comunicación entre ellos y el personal que los asiste: una de estas patologías se refiere a la Enfermedad Articular Degenerativa Crónica.

²³ VIRSEDA HERAS J. Y MARTINEZ GRANADO, M. C. *Revista de Psicología*. Universidad Iberoamericana. México. Vol.VJunio, 1997 pp. 13 -20

2.3. Adultos Mayores con Enfermedad Articular Degenerativa Crónica

En la actualidad las enfermedades crónico degenerativas ocupan un lugar predominante en la población senil, tal es el caso de la Enfermedad Articular Degenerativa Crónica que a medida que avanza llega a provocar la incapacidad en el individuo.

La falta de movimiento en las articulaciones pueden provocar su atrofia, por lo tanto el ejercicio físico mejora su funcionalidad, calidad de vida e independencia²⁴

Según estudios de gabinete casi todas las personas de 40 años presentan alteraciones patológicas en las articulaciones que sostienen el peso del cuerpo, estos son hallazgos radiológicos, ya que no se presentan ninguna sintomatología, después de los 50 años afecta de un 15% a un 20% de la población, presentándose sintomatología sobre todo en extremidades inferiores que son las que soportan el peso corporal.²⁵

Las causas de la enfermedad son desconocidas, pero se plantea una teoría genética en la cual existe un genoma que está determinado por el sexo y es dominante en las mujeres.²⁶

La Enfermedad Articular Degenerativa se clasifica en:

- a. Primaria, cuando el resultado de su sistema complejo de retracciones mecánicas, bioquímicas y enzimático que interactúa, cuando uno de éstos falla, se presentan las manifestaciones clásicas y,
- b. Secundaria, debido a anomalías articulares congénitas, defectos genéticos, enfermedades infecciosas, metabólicas, endócrinas y neuropatías.²⁷

El patrón sintomático de la EADC consiste en dolor vespertino que se agrava con la actividad y mejora con el reposo, la rigidez matutina que tiende a durar máximo 20 minutos. Los sitios

²⁴ BAEZA, Víctor. *Terapias contra la artrosis*. Revista Medix guía práctica de la salud. México año VI N° 10 pp.22

²⁵ VALLE GONZÁLEZ, A. y BARAJAS, R. y cols. *Manual de medicina general*. México, Ed. Trillas, 1986. pp. 262 - 265

²⁶ Clínica Reumatológica. *Merk Lecturas de reumatología. Enfermedad articular degenerativa*. Vol. 6 N° III México 1996 pp.27 - 30

²⁷ LOZANO CARDOSO. *Introducción a la Geriatria*. México, Méndez Editores. pp. 47 - 66

característicos de la afección son: las caderas, rodillas, manos, columna cervical y lumbar, es frecuente encontrar aumento de volumen óseo y crepitación, es factible que se desarrollen grandes derrames con incremento del dolor.²⁸

Existen complicaciones debido a la inestabilidad de las articulaciones acentuada por su deterioro que pueden condicionar una disfunción severa con aumento de síntomas.

Una de las complicaciones más importantes es el llamado síndrome de inmovilidad el cual se menciona como uno de los gigantes de la geriatría ya que tiene connotaciones como: alteraciones de la piel, del aparato urinario, del aparato respiratorio, sobre el sistema muscular y óseo; también repercute en el sistema nervioso central, sistema nervioso autónomo, metabolismo y sistema digestivo y desde luego en el aparato circulatorio y cardiovascular.

En la esfera social se afectan sus relaciones ya que tiende a aislarse de sus familiares, se encuentran deprimidos y pierden su independencia. De aquí la importancia de disminuir el dolor que los lleva a la inmovilidad.²⁹

Algunos síntomas relacionados con la enfermedad articular degenerativa crónica son:

- Dolor
- Fatiga
- Contracturas
- Pérdida de congruencia de las articulaciones
- Inestabilidad de la articulación
- Debilidad
- Movilidad limitada
- Dificultad para realizar diferentes actividades

²⁸ HUDSON N., Paul. *Problemas de tratamiento*. México, Mundo médico, Agosto 1996. pp. 16 -18

²⁹ 500 años más de vejez en América. VIII Congreso Nacional de Geriatría y Gerontología de México. *La inmovilidad en el anciano* pp. 65 -66

El principal síntoma de la enfermedad articular degenerativa crónica es el dolor que se define como una experiencia sensorial y emocional displacentera asociada a un daño tisular real o potencial.³⁰

³⁰ MICHET J, Clement MPH y cols. *Enfermedades Reumatológicas frecuentes*. México, Mundo Médico. Nov.1996 pp. 29 - 33

2.4. Conceptos de Ejercicio Físico y Enfermedad Articular Degenerativa Crónica

La vida sedentaria es otro de los enemigos de las articulaciones no se trata de que para prevenir a alejar el problema de la enfermedad haya que entregarse compulsivamente a la realización de ejercicios físicos o a las actividades deportivas, pero la falta de movimiento provoca atrofia.

Con el paso de los años tendemos a reducir nuestras actividades físicas bajo la presión del trabajo y de otras exigencias de la vida cotidiana y pronto la inactividad se convierte en nuestra forma de vivir. "Por desgracia empezamos a hacer esto precisamente cuando deberíamos de aumentar el ejercicio para mejorar la eliminación de materiales de desperdicio y toxinas de nuestro sistema corporal. Una eliminación efectiva evita que se formen depósitos en las articulaciones, evita la rigidez y atrofia correspondientes, que como bien se sabe son factores importantes en el proceso del envejecimiento".³¹

Para entender la conveniencia que puede tener el ejercicio en los adultos mayores es indispensable tener conocimiento de los efectos del envejecimiento y la reacción de esta población al acondicionamiento físico.

Algunos estudios y observaciones limitadas, realizados por Neer y AELC (1979) y Priest J. D. (1976) señalan que el ejercicio podría ser útil para personas adultos mayores, a fin de disminuir el dolor, la ansiedad y mejorar la función cognoscitiva y psicológica. Desde el punto de vista clínico se da una disminución de la fuerza y velocidad de contracción muscular y por lo tanto una pronta sensación de fatiga.

En estudios de programas de ejercicio para personas de edad avanzada han demostrado que ocurre una mejoría importante en amplitud de movimientos en articulaciones como: cuello, hombro, muñeca, espalda, cadera y rodillas.

Pocas veces nos detenemos a valorar el papel que desempeña el ejercicio en la edad madura y su

³¹ GOLDBERG, L. D.L Elliot, A. L. *Fisiología y fisiopatología en el ejercicio físico*. México, Ed. Interamericana, 1985. pp. 205 - 210

positiva influencia sobre el aparato locomotor, el sistema muscular y muy notablemente en la conservación de juego articular del organismo. Obtendremos grandes beneficios si vinculamos el ejercicio a una prudente dosificación a fin de no exceder y sobre pasar las posibilidades biológicas de cada caso.

Podemos decir que el ejercicio físico incide sobre tres áreas de nuestro organismo:

- A. Aparato locomotor, impidiendo la atrofia muscular y fortaleciendo la movilidad articular.
- B. Sistema cardio-respiratorio, aumentando la capacidad cardio-circulatoria y respiratoria, con lo que se incrementa el riego sanguíneo en todos los órganos, la oxigenación de la sangre y el metabolismo.
- C. Área psico-intelectual favoreciendo la actividad intelectual y el equilibrio afectivo.

La practica sistemática de ejercicios físicos es una necesidad de todo ser humano, pero es mucho más importante que éstos formen parte inseparable de la actividad cotidiana de los adultos mayores pues con ellos se consigue propiciar una sensación de bienestar, haciendo más placentera la carga de los años y con esto que el anciano tenga una mejor calidad de vida.³²

³² Idem. pp. 39 - 47

2.5. Beneficios del ejercicio físico en Adultos Mayores con Enfermedad Articular Degenerativa Crónica.

Un programa de ejercicio en los adultos mayores, constituye una efectiva terapia no farmacológica tanto para el estrés, la depresión, la ansiedad y los desordenes del sueño, así como para las condiciones crónicas del envejecimiento como son: la diabetes mellitus, la hipertensión, obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la constipación y los problemas de osteoporosis. Además de que algunos estudios indican que el ejercicio regular prolonga la función de autoindependencia en el anciano, algunos más sugieren que el ejercicio puede incrementar la esperanza de vida de uno a dos años aunque esto aún es controversial.³³

La actividad y el acondicionamiento físico pueden mejorar la calidad de vida del anciano, aumentar su capacidad para el trabajo, el recreo y modificar el ritmo de la declinación funcional.

Para entender la conveniencia que pueda tener el ejercicio en los adultos mayores es indispensable tener conocimientos de los efectos del envejecimiento y la reacción de esta población al acondicionamiento físico.

El envejecimiento provoca cambios en el sistema vascular periférico y en la función cardiaca y aunque la frecuencia cardiaca en reposo se altera poco con la edad, si existe disminución en la frecuencia cardiaca máxima que se puede alcanzar con el esfuerzo, los cambios relacionados con la edad producen una reducción de 58% en el gasto cardiaco en reposo entre los 25 y 85 años de edad. La presión arterial en reposo y en el ejercicio es diferente en ancianos, también la elasticidad de los principales vasos sanguíneos disminuye en el adulto mayor.

Existen cambios de ventilación en la vejez, pero en personas normales de cualquier edad, la función respiratoria no limita la capacidad para el ejercicio.

³³ SHEPHARD R., J. *Exercise and aging: extending independence in older adults*. Geriatric. 1993; 48 : 61, 64.

El ejercicio físico tiene efectos benéficos sobre el aparato locomotor ya que hay que recordar que una de las enfermedades crónico-degenerativas que más invalidan al anciano es la osteoartritis por lo que en el II Congreso de Medicina y Ciencias Aplicadas al Deporte (1995) se menciona que se está empleando el ejercicio como una terapia para evitar la desmineralización de los huesos en pacientes con movimiento propio como en aquellos que se encuentran encamados para que exista una regeneración y no una destrucción.

Es muy importante destacar la acción psicoterapéutica del ejercicio en este tipo de población en donde encontramos que produce beneficios sobre las capacidades cognitivas del individuo anciano. Se ha comprobado que el ejercicio produce efectos directos en la capacidad cognitiva, debido sobre todo al aspecto emocional. Por otro lado se encontró un efecto positivo del ejercicio en la memoria inmediata atribuido a la acción positiva del ejercicio sobre la atención y la concentración con lo que el rendimiento psicomotor es mayor; además de esta mejoría también se aprecia una sensación de bienestar emocional y físico, aumentando aspectos como la autoestima y la imagen corporal.³⁴

El efecto del ejercicio físico en la estructura de la personalidad del adulto mayor se traduce en una energía que el sujeto utiliza para superar frustración y enfermedad tan frecuentes en la ancianidad, por lo que una actitud positiva frente al ejercicio físico desarrolla el auto concepto y la autoconciencia más realista y equilibrada.

³⁴ GOLDEBERG L. D. L. Elliot. *Exercise for Prevention and Treatment of illness*. USA Davis Company 1994

CÁPITULO 3

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN EN EL PROGRAMA DE EJERCICIOS FÍSICOS COMO ALTERNATIVA A LA ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA CRÓNICA

3.1. Fases del proceso de intervención del Trabajador Social

El Trabajo Social es una profesión comprometida y dedicada a efectuar cambios en la sociedad en general y en las formas individuales de desarrollo dentro de la misma.

El Trabajo Social con Adultos Mayores es una tarea profesional cuyas funciones son iguales a las de otros campos del trabajo social, lo que lo distingue es la elección del marco referencial y las técnicas específicas de intervención en problemáticas como: marginación social, conflicto intergeneracional, roles sociales y pérdida de los mismos, cambio social, crisis vitales, pérdida de funciones y estatus, pérdida de funciones físicas, psíquicas y sensoriales, enfermedades degenerativas y terminales, dependencias físicas, sociales y psicológicas que favorecen las depresiones y los aislamientos, improductividad y segregación empresarial.

La metodología del Trabajo Social de Grupos es esencial por ser un instrumento en la motivación para el cambio de estructuras y siendo un factor terapéutico, preventivo y rehabilitatorio.

El Trabajo Social de Grupos ha sido un medio que ayuda a desarrollar los aspectos constructivos de la vida del grupo y alienta a los miembros del mismo a presentar sus ideas, sus destrezas, su ingenio y su capacidad. Quienes integran un grupo, tiene la satisfacción de convivir con otras personas de su edad para adquirir habilidades y encontrar escapes creativos para sus capacidades laborales, culturales, artísticas y sociales.

Como proceso, el trabajo social de grupos se enfoca al desarrollo de la personalidad del individuo a

través de su asociación voluntaria y al crecimiento de ese grupo en el transcurso de un tiempo significativo, en un sistema socioeducativo que impulsa al hombre a compartir con los demás sus intereses.³⁵

En el trabajo de grupos con personas ancianas es necesario tomar en consideración los elementos biopsicosociales de la vejez. Por ende, se deben considerar los cambios físicos como: la pérdida o disminución de la audición lo que requiere que se les hable despacio y de forma clara. También es importante considerar, cuando se trabaja con grupos de adultos mayores características como: el nivel cognitivo y de energía de los participantes, los factores sociales, las experiencias de vida y la socialización.³⁶

Utilizando el Método de Trabajo Social se desarrollaron las siguientes etapas para la elaboración y puesta en marcha del Programa de Activación Física para Adultos Mayores:

A. Investigación y Diagnóstico social.

Después de aplicar las pruebas que se describen en el capítulo primero, se encontró que de la población que se atiende en la Residencia Asistida "Alabama" el 82.3% presenta la enfermedad Articular Degenerativa Crónica cuya repercusión no sólo es física sino también psicológica y social ya que el síntoma principal es el dolor que influye de manera importante en otras esferas de la vida diaria como son la marcha, el balance, el estado de ánimo y la interacción social.

B. Planificación/ programación.

A partir del diagnóstico y revisando la bibliografía existente se encontró que el ejercicio físico es una alternativa. Así se decidió realizar un programa de ejercicios físicos de acuerdo a las características específicas que presentan los pacientes de esta unidad. (Ver Programa de Activación Física para Adultos Mayores. 19 pp.)

³⁵ CONTRERAS DE WILHELM, Yolanda. Op. Cit. pp. 11 - 13

³⁶ SÁNCHEZ SALGADO, Carmen Delia. *Gerontología Social*. Buenos Aires, Argentina, Ed. Espacio, 2000. p.203

C. Ejecución/ intervención profesional

Trabajo Social como responsable de aplicar el Programa de Activación Física, motivará a los adultos mayores albergados a participar activamente en el programa, procurando que cada uno de los miembros del grupo obtenga satisfacción y disfrute en las relaciones que establezca con sus compañeros y la ejecución de la actividad física.

D. Evaluación

De manera constante se valora el impacto que el programa ejerce en la población albergada, tomando en cuenta diferentes indicadores como: la asistencia a las sesiones de ejercicios, la convivencia que se da antes y después de realizar las rutinas, la disposición para participar en la actividad y la movilidad que los adultos mayores manifiestan.

De igual manera se hacen los ajustes necesarios al programa en base a las observaciones del equipo interdisciplinario y a las sugerencias de los adultos mayores.

También se consideró a la recreación como modelo complementario de intervención, por ser uno de los modelos teóricos más prominentes de la Gerontología Social que aboga por conservar los niveles de actividad en la mediana edad como una de las mejores formas de adaptación a la vejez.

La recreación, particularmente en la vejez, puede significar crear nuevamente, motivar, establecer nuevas metas, nuevos intereses y estilos de vida. De la misma manera puede considerarse como un método de intervención terapéutico de restauración. Se trata primordialmente de mejorar la calidad de vida en esta etapa del ciclo vital, haciéndola agradable y productiva.³⁷

Es necesario aclarar que la intervención de Trabajo Social no se limita al Programa de Activación Física ya que las funciones y actividades se realizan conforme a lo establecido en el Capítulo X del Reglamento Interno de Albergues y Residencias del Instituto Nacional de la Senectud de Junio de 1988.

³⁷ Idem. pp. 207

Para dar cumplimiento a lo establecido por la institución el Trabajador Social realiza las siguientes funciones y actividades:

INVESTIGACIÓN

- Aplicar el Estudio Socioeconómico al senecto o familiar, con el objetivo de valorar sus situación social, familiar y económica en que se desenvuelve el mismo. (Anexo 6)
- Realizar visitas domiciliarias, así como las investigaciones que se requieran para detectar las situaciones reales del senecto según sea el caso. (Anexo 7)
- Realizar estudio de caso y el seguimiento del mismo según la gravedad que presente el senecto.
- Realizar observaciones y entrevistas constantes con los senectos y familiares, a fin de conocer la problemática que afecta al anciano.

PROGRAMACIÓN Y ORGANIZACIÓN

- Programar actividades de acuerdo a las necesidades que se presenten dentro del albergue o residencia.
- Elaborar el horario de actividades de la unidad (terapia ocupacional, activación física, técnicas grupales, etc.).

ADMINISTRACIÓN / EJECUCIÓN

- Determinar la cuota de recuperación que se aplicará al senecto por su estancia en el albergue de acuerdo al resultado del estudio socioeconómico.
- Realizar el Programa Anual de trabajo de la unidad tomando en cuenta las características principales de la población de ancianos con los que se labora.
- Canalizar de acuerdo a las necesidades del senecto a las instancias correspondientes intra y extra institucionales.
- Realizar trámites administrativos en caso de que los senectos se vean incapacitados para ejecutar por si mismos o que no cuenten con la ayuda familiar.
- Anexar al expediente individual, notas mensuales de acuerdo con el comportamiento presentado por cada uno de los senectos.

- Cooperar con el responsable de la unidad en las diversas actividades que éste solicite.
- Elaborar el Informe Mensual de las actividades del área y entregarlo al encargado de la unidad.
- Informar al encargado de la unidad de los requerimientos de material administrativo, de terapia ocupacional o el utilizado en el área de trabajo social.
- Informar al encargado de la unidad sobre cualquier anomalía que encuentre para la realización de su trabajo y en forma coordinada darle solución.
- Elaborar anualmente la Ficha de Actualización para anexarla a cada expediente. (Anexo 8)

EDUCACIÓN SOCIAL

- Aplicar técnicas individuales y grupales con los senectos y familiares para lograr una comunicación permanente.
- Motivar a la participación familiar en las diversas actividades que en forma conjunta permitan la integración del anciano al seno familiar y social.
- Promover continuamente diversas actividades de índole recreativo y educacional en los diversos grupos ya formados de la unidad.
- Mantener una comunicación constante, institución-anciano-familia, con el propósito de lograr una interacción que se refleje en el comportamiento del senecto.

CAPACITACIÓN

- Realizar visitas a diferentes instituciones educativas para concienciar a los educandos sobre la importancia de los ancianos y sus necesidades.
- Participar interdisciplinariamente con todo el personal adscrito a la unidad, para una mejor atención de los ancianos.
- Promover en la unidad trabajos de terapia ocupacional.
- Detectar necesidades de capacitación del personal, los senectos y los familiares o responsables.

ASISTENCIA

- Dependiendo de la problemática de salud que presenta el senecto colaborar con el área médica para el traslado de los internos en el caso de hospitalización y/o trámites de interconsulta.
- Dar atención integral al anciano, procurando su inclusión en el entorno familiar y social.
- Organizar eventos de tipo recreativo, educativo y cultural, que permitan el esparcimiento del senecto, tomando en cuenta las aptitudes y capacidades del mismo.

COORDINACIÓN

- Promover interdisciplinariamente posibles soluciones que satisfagan las necesidades del anciano.
- Mantener coordinación constante con otras instituciones que puedan brindar apoyo en las necesidades del senecto cuando el instituto no cuente con los recursos necesarios.
- Elabora un directorio de organismos, instituciones y servicios de apoyo al senecto.
- Mantener lazos de comunicación y colaboración con instituciones que desarrollen programas específicos para ancianos en el área o localidad.

DIFUSIÓN

- Realizar promoción de los servicios que presta la unidad de adscripción dentro de las zonas aledañas en la que se encuentra la misma.
- Promover e informar de los diversos servicios que ofrece el instituto a todos los niveles.

3.2. Conceptualización

El Trabajo Social de Grupos, como proceso educativo, se encuadra en el desarrollo de la personalidad del ser humano por su conformación bio-psico-social y la influencia del medio ambiente.

En el transcurso de la vida el ser humano se desenvuelve en diferentes etapas, colocando al hombre en una necesidad de aprendizaje de acuerdo a su edad, en la vejez el ser humano se enfrenta a la disminución de sus capacidades, prevaleciendo una angustia, motivada por la inseguridad hacia el futuro e imperando un deseo de conservación.

Como menciona Yolanda Contreras, el ser humano se mueve a través de cuatro factores que le permiten al hombre una seguridad:

1. Deseo de reconocimiento.

Toda persona tiene conciencia de su propio valor es lo que se llama dignidad. El Adulto Mayor necesita, más que nadie, del estímulo y del reconocimiento a su propia valía.

2. Deseo de aceptación.

El ser humano tiene necesidad de afecto y comprensión, para lograrlo suele valerse de la bondad, tratando de hacerse necesario; o como es frecuente en el adulto mayor pareciendo débil y provocando compasión.

3. Deseo de seguridad.

El hombre siente necesidad de estar libre de todo miedo o inquietud, a salvo de necesidades y conflictos, el anciano suele volverse religioso, místico, previsor y avaro.

4. Deseo de experiencias nuevas.

El hombre busca nuevos caminos que le permitan renovarse como ser humano, el adulto mayor, especialmente el institucionalizado, tiene pocas oportunidades de vivir estas experiencias.

En el caso de los adultos mayores, éstos pasan por cinco tareas de desarrollo en la madurez tardía (después de los 60 años) que son las siguientes:

- Ajustarse a la disminución de la salud y del vigor físico. Un programa regular de ejercicios mejora la fuerza muscular y aminora las reducciones físicas relacionadas con la vejez.
- Amoldarse al retiro o jubilación y por consiguiente a la reducción de ingresos. Es esencial que la persona retirada reemplace las responsabilidades del trabajo con actividades de valor y que disfrute. El ejercicio puede ser una de ellas.
- Adaptarse a la pérdida del cónyuge. La pérdida de compañía drena los recursos emocionales. El ejercicio se ha asociado al realce de los estados de ánimo, por lo que éste puede ayudar a regresar al estado emocional habitual.
- Establecer afiliaciones explícitas con grupos de iguales, que proveen de oportunidades de socialización y promueven lazos con personas de la misma edad.
- Adoptar y acomodarse a las actividades sociales de manera flexible. Los ancianos pueden escoger nuevas actividades como: caminar, bailar, etc., para reemplazar las actividades y funciones de otras etapas de la vida.³⁸

Como se ha mencionado anteriormente, el trabajo con grupos de personas ancianas ha sido considerado como una modalidad que aporta grandes beneficios, por ello para poner en marcha el

Programa de Ejercicios Físicos fue necesaria la formación de un grupo, que en un primer momento estaba constituido por aquellas personas que físicamente se encontraban aptas para iniciar con la actividad física, dicho grupo se clasifica como:

³⁸ Havighurst, Robert. 1972. Citado en Sánchez Salgado, Carmen Delia. Gerontología Social. Ed. Espacio. Buenos Aires, 2000

- Grupo de adultos mayores que se caracteriza por la disminución de capacidades físicas y la presencia de la Enfermedad Articular Degenerativa Crónica, poco accesible a lo nuevo y con escasa o nula actividad física.
- Grupo formal porque se establecen las normas para el desarrollo del programa, mismas que son conocidas desde el inicio por todos los participantes (hora de inicio, duración de la sesión, lugar de reunión, etc)
- Grupo abierto porque es flexible ya que permite el ingreso y salida de los participantes; esto último determinado principalmente por su estado de salud.
- Grupo voluntario en virtud de que puede participar cualquier anciano albergado por el agrado de concurrir, por simpatía a los demás miembros o por el deseo de participar en la actividad a pesar de no tener osteoartritis.
- Grupo terapéutico porque existe cierta similitud en relación a la enfermedad que les afecta.

El grupo participante en el Programa de Ejercicios Físicos posee las siguientes características:

- Permanencia y continuidad porque a través del Programa de Ejercicios Físicos, por más de tres años se ha mantenido la estabilidad y frecuencia de las reuniones entre los miembros del grupo lo que ha propiciado una mejor interacción grupal.
- Organización basada en el reparto de funciones y asignación de responsabilidades para el mejor desarrollo de programa.
- Interacción con otros grupos al propiciar el encuentro con grupos de diferentes albergues y residencias del propio instituto fomentando la unión y cohesión con el grupo de origen.

3.3. Técnicas e instrumentos

Las técnicas, como las define Rojas Soriano, son el conjunto de reglas y operaciones para el manejo de instrumentos, que auxilian al investigador en la aplicación del método.

Mediante las técnicas se ordenan las etapas de la investigación científica y se determinan los instrumentos que se utilizarán para la recolección de datos. "La técnica representa un papel muy importante, al grado que se le puede definir en un principio, como la estructura del proceso de la investigación científica"³⁹.

Como se menciona en la Gerontología Social, la naturaleza del objeto de estudio (los adultos mayores) hace necesario considerar una serie de peculiaridades en el diseño, aplicación y utilización de las técnicas tradicionales.

Al seleccionar las técnicas más apropiadas se deben considerar la aplicabilidad, es decir, la técnica seleccionada debe ser aplicada sin esfuerzo tanto por parte del evaluador como del evaluado. Esto puede obligar al evaluador a realizar algún tipo de modificación o adaptación de los instrumentos de evaluación que, originalmente no se hubiera diseñado para ser aplicado con esta población.⁴⁰

Las técnicas utilizadas por el Trabajador Social fueron:

- Técnicas de investigación social.

- ✓ Entrevista. Se utilizó la entrevista estructurada, al realizar la Sociometría y la Evaluación de Interacción Social, así como la entrevista informal que aportó datos sobre la situación socio-económica y familiar.

³⁹ TECLA J. Alfredo. *Teoría, Métodos y Técnicas en la Investigación Social*. México. Ed. Taller abierto, 1995. pp.65

⁴⁰ FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío. *Gerontología Social*. Madrid, España, Ediciones Pirámide, 2000. pp. 356

- Técnicas de planificación.
- ✓ Ruta Crítica. Se utilizó por ser el sistema lógico y racional de planeación, programación y control que permitió al equipo interdisciplinario la realización del programa.
- Técnicas de documentación. Para el control y registro de las actividades.

Rojas Soriano refiere que los instrumentos deben proporcionar información que pueda ser procesada y analizada sin mayores dificultades.

Los instrumentos que se emplearon son:

- ✓ Diario de campo. Es el instrumento en el que se registran cada una de las actividades que se realizan durante el día y los acontecimientos más relevantes que tienen lugar en el albergue.
- ✓ Estudio socio-económico. En él se registra la información de cada anciano a su ingreso al albergue y nos permite tener el perfil económico, social y familiar de cada paciente, así como conocer las necesidades y problemática que presenta cada individuo que solicita el servicio de residencia o albergue.
- ✓ Expediente. Son los documentos que se van elaborando, con información personal de cada uno de los ancianos desde su ingreso al albergue, aquí se encuentran: el estudio socio-económico y familiar, las actualizaciones anuales de datos y los reportes mensuales.
- ✓ Lista de asistencia. Documento que se utiliza para llevar el registro y control de la participación de los adultos mayores en las actividades de terapia ocupacional que se realizan en el albergue.
- ✓ Evaluación de la marcha y balance de Tinetti (Cuestionario, Anexo 2)
- ✓ Escala de actividades de la vida diaria de Katz (Cuestionario, Anexo 3)
- ✓ Sociometría (Encuesta, Anexo 4)
- ✓ Evaluación de interacción social (Guía de observación, Anexo 5)

3.4. Funciones y actividades

El grupo ha sido siempre un medio importante para la realización de los propósitos humanos. Desde el punto de vista sociológico para la realización de una actividad es mejor trabajar en grupo que individualmente.

Para trabajo social el grupo "Es un conjunto de personas social y psicológicamente relacionadas entre sí donde cada miembro acepta un conjunto de normas, en el que cada miembro cumple un cierto papel que constituya una entidad reconocida como tal, por los miembros del grupo y por observadores externos al mismo, que cuenta con cierta estabilidad y permanencia cuyos miembros establecen entre si un sistema de comunicación todos ellos participan en ciertos valores o intereses comunes y tratan de llevar a cabo ciertos objetivos, entre los cuales están lograr la organización, la educación social y la promoción social."⁴¹

Las funciones del Trabajador Social en el Programa de Activación Física están dirigidas a:

- Planear.

Cualquiera que sea el grupo es necesaria la planeación para obtener resultados de valía.

A través de la planeación se obtiene:

- ✓ Un sentido de dirección del líder o instructor.
- ✓ Un mayor crecimiento integral de los adultos mayores participantes.
- ✓ Un programa efectivo desde el punto de vista de la salud que permita un desarrollo de resistencia, fuerza física, sentimiento de cohesión grupal y de trabajo en grupo.
- ✓ Progresiones lógicas en los ejercicios.
- ✓ Completar sesiones de ejercicios dentro de un periodo de tiempo establecido.
- ✓ Una memoria que permita conocer lo que se ha hecho y falta por hacer.
- ✓ Evaluación continua.

⁴¹ MEAVE PARTIDA, Etna. *Dinámicas recreativas para trabajo con grupos*. México, Ediciones ETME, 1996.

- Organizar.

Primera fórmula de organización: tomar en cuenta que toda persona necesita participar en actividades que favorezcan su desarrollo, que sean novedosas y agradables que les permita expresar su espíritu de camaradería siendo compañero o integrante en equipos de trabajo.

Segunda fórmula de organización: considerar que toda persona necesita descubrir que actividades le brindan satisfacción personal y ayudarlo a que adquiera las habilidades esenciales en ellas para continuar practicándolas en su vida futura cultivando la convivencia armónica con sus semejantes.

Tercera fórmula de organización: ayudar a los adultos mayores a adquirir hábitos que se llevan a cabo en grupo, en actividades que les resulten agradables estimulando sus sentidos.

Para realizar las diferentes actividades el Trabajador Social requiere:

- Método de enseñanza.

Es una planeación didáctica que incluye:

⇒ Bases esenciales:

- ✓ Conocer el Programa de Activación Física perfectamente.
- ✓ Tener el equipo y el espacio necesarios para la actividad.
- ✓ Tener un plan de acción para cada sesión.

⇒ Pasos para la enseñanza de los ejercicios:

- ✓ Formar o colocar al grupo en el lugar destinado para la sesión.
- ✓ Mantener al grupo atento y en silencio mientras se dan las instrucciones.
- ✓ Mencionar la fase que se trabajará en el momento oportuno (calentamiento, estiramiento, Actividad máxima, relajamiento)
- ✓ Explicar cada uno de los movimientos y el número de repeticiones en forma clara y precisa.

- ✓ Hacer una demostración.
- ✓ Durante la demostración resolver las dudas que surjan.
- ✓ Realización del ejercicio por los adultos mayores.
- ✓ Permanecer atento a cualquier signo de fatiga.

- Plan por sesión

Es una carta descriptiva que debe incluir:

- ✓ Objetivos generales y parciales determinados por los intereses y necesidades del grupo.
- ✓ Contenido. Actividades en el orden en que se llevarán a cabo.
- ✓ Procedimiento. Estrategias para que la sesión se desarrolle como se desee.

- Evaluación.

⇒ Por sesión (A corto plazo)

Al término de la sesión de ejercicios el Trabajador Social hace una revisión cuidadosa de los siguientes aspectos:

- ✓ ¿Disfrutaron los adultos mayores el ejercicio?
- ✓ ¿Se entregaron completamente a la actividad?
- ✓ ¿Quiénes dejaron de participar?
- ✓ ¿Tuvieron éxito los ejercicios?
- ✓ ¿Cuáles no fueron exitosos?
- ✓ ¿Por qué no tuvieron éxito?
- ✓ ¿Se deben realizar estos mismos ejercicios?
- ✓ ¿Existió variedad en los ejercicios para estimular el interés de los ancianos
- ✓ ¿Se resistieron los integrantes a participar

⇒ Al Programa de Ejercicios (A largo plazo)

Para evaluar el Programa de Ejercicios se consideraron los tres métodos generales que se expresan en términos de niveles señalados por Green y cols.⁴² que son:

a. Evaluación del proceso. Implica una revisión de las características externas del programa. Por lo general se obtiene de los registros y documentos que se originan de manera rutinaria. Esta evaluación puede generar resultados bastante precisos y válidos, con una identificación clara de los puntos fuertes y de las debilidades.

El Programa de Activación Física ha sido implementado por el Trabajador Social quien además de su formación universitaria cuenta con diploma expedido por Promoción Deportiva del Distrito Federal que lo acredita como Entrenador de Corredores además de ser miembro activo de la Asociación Mexicana de Actividad Física y Deporte para Adultos y Ancianos A. C. afiliada a la Confederación Deportiva Mexicana en donde recibe mensualmente asesoría y capacitación.

En relación a los materiales utilizados se considera que hasta el momento han sido los adecuados tomando en cuenta que en muchas ocasiones son elaborados por los mismos ancianos, por otra parte la música que se utiliza se cambia periódicamente, para evitar la monotonía o por sugerencia de los abuelos.

Según lo programado los ejercicios se realizan diariamente aumentando el tiempo de duración para las sesiones.

En promedio diariamente participan en el programa de ejercicios 23 adultos mayores que desarrollan la actividad completa.

b. Evaluación del impacto. Indica los cambios favorables en los conocimientos, actitudes y comportamientos de los participantes.

⁴² Citado en: SIMONS-MORTON, Bruce G., Ed. D., M. P. H. *Educación para la Salud*. México, Ed. Interamericana. 1988.

Como sucede con todos los programas de educación para la salud, la evaluación del impacto del Programa de Activación Física se ha complicado por la falta de instrumentos estandarizados que midan los cambios en conductas o actitudes que presentan los abuelos participantes en el mismo.

Sin embargo el equipo interdisciplinario se ha dado a la tarea de observar algunos aspectos que pueden considerarse como indicadores de cambio, como son: la poca o nula resistencia a participar en las sesiones diarias, la solicitud para realizar algún movimiento específico que consideran necesario o el realizar voluntariamente movimientos específicos cuando aparentemente se encuentran en estado de reposo.

c. Evaluación de los resultados. Representa la medida más válida de la efectividad del programa, pues evalúa los efectos reales en la calidad de vida de los participantes.

En virtud de que el Programa de Activación Física se ha llevado a cabo en el albergue por más de tres años se puede resaltar que la acción del ejercicio disminuye el dolor y aumenta la movilidad, así los adultos mayores pueden dirigir su atención a relacionarse con las personas que los rodean al tener mayor disposición para compartir y comprometerse en las actividades del grupo.

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

4.1. Primer contacto con la Institución

El primer contacto con la institución se dio cuando me enteré que en el INSEN estaban solicitando trabajadores sociales, por lo que realice los tramites necesarios y tiempo después, me notificaron que había sido aceptado para desempeñar el puesto en un albergue, en abril de 1991.

Durante la primera semana, antes de presentarme al albergue tomé un Curso de Inducción en el Centro Cultural "Asturias" del propio instituto, al término de dicho curso me asignaron al Albergue y Residencia de Día "Yacatas" el cual atiende a los pacientes que presentan problemas psiquiátricos, por lo que el responsable de la unidad es un médico psiquiatra.

En esta unidad me desempeñé aproximadamente seis meses periodo en que propuse al médico responsable la posibilidad de dedicar un pequeño espacio para realizar sesiones de baile de salón, realizando para ello un pequeño calentamiento.

Esta actividad, que entre los adultos mayores albergados tuvo gran aceptación, fue del conocimiento de la Jefatura de Unidades Gerontológicas, misma que me propuso elaborar un programa de activación física para las Unidades Gerontológicas del D. F. y del Estado de México.

La elaboración de este programa implicaba trabajar en forma conjunta con una instructora de aerobics que hasta ese momento solo había trabajado con jóvenes y adultos, yo por mi parte como promotor deportivo, además de ser Trabajador Social, había trabajado con grupos de niños y jóvenes, por lo tanto ambos desconocíamos las necesidades específicas del acondicionamiento físico del adulto mayor, por lo que realizar el programa de acondicionamiento físico no fue fácil, pero

contábamos con todo el apoyo de las autoridades quienes nos dieron todas las facilidades, incluyendo el tiempo para investigar sobre el tema.

Por mi parte recibí asesoría del Departamento de Promoción Deportiva del ISSSTE, de los Programas para Jubilados y Pensionados y Pausa para la Salud, acudí también a la Asociación Mexicana de Actividad Física y Deporte para Adultos y Ancianos afiliada a la CODEME de la cual ahora soy miembro y recibo asesoría mensual.

Algunas de las condiciones que debe reunir el Trabajador Social que desee implementar un Programa de Ejercicios para Adultos Mayores sería:

- Preparación y responsabilidad.
- Conciencia clara de que no puede crear capacidades, pero sí aprovechar las que ya existen en el adulto mayor.
- Gozar de buena salud física y mental, ya que de estas condiciones se derivan el buen carácter, la resistencia física, la activa y rápida reacción y la pronta determinación para acometer nuevas empresas.
- La preparación intelectual, la capacidad de juicio y razonamiento, y la de ajustarse a nuevas situaciones.
- La capacidad afectiva, muy ligada al control de las emociones y el concepto de límite en las variadas manifestaciones de afecto.
- La actitud profesional, que abarca modales, expresión verbal y conducta en general.
- Gusto por el deporte.

4.2. Elaboración del Programa de Activación Física

Ante la necesidad de brindar una atención integral a los adultos mayores de los Albergues y Residencias de Día del Instituto Nacional de la Senectud, la Subdirección de Unidades Gerontológicas considera necesario crear un Programa de Activación Física para contrarrestar la inactividad física que se vivía en los albergue y residencias.

Se comisionó a la Instructora Marcela Bonilla Mendoza, al Trabajador Social Eduardo Martínez Calderón y a la Dra. Graciela Alonso Andraca, como apoyo médico, para elaborar el programa. El equipo de trabajo se propuso cuatro tareas:

1. Conocer el perfil de la población a la que iría dirigido el programa.
2. La revisión bibliográfica sobre el tema.
3. Elaborar el Programa de Activación Física y
4. Ponerlo en práctica.

Con la población del Albergue "Cuauhtémoc" se aplicó un cuestionario a los 25 ancianos albergados y 3 residentes para conocer el tipo de actividad física que hasta el momento realizaban.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD

ALBERGUE "CUAUHTEMOC"

CUESTIONARIO

1. ¿Realiza algún tipo de ejercicio? SI NO ¿Cuál? _____
2. ¿Cómo se siente después de realizarlo? _____
3. ¿ En algún momento de su vida realizó ejercicios? SI ¿Cuál? _____ NO ¿Por qué? _____
4. ¿Qué tipo de actividad le gusta realizar? _____
5. ¿Le gustaría participar en un programa de ejercicios? SI NO ¿Por qué? _____

Como resultado de la aplicación del cuestionario se obtuvieron las siguientes respuestas.

TIPO DE EJERCICIO QUE SE REALIZA

EJERCICIO (Actividad)	N° DE PERSONAS
Caminar	5
Barrer	5
Tender camas	10
Ir al tinguis	6
Subir y bajar escaleras	12
Lavar ropa	8
Arreglo del jardín	3
Ninguna	10

La mayoría manifestó sentirse muy cansados después de haber realizado alguna actividad, 24 ancianos dijeron no haber tenido tiempo en su juventud para realizar ejercicios pues la prioridad era trabajar para buscar el sustento de la familia, 3 abuelas expresaron su gusto por el baile y dijeron haberlo practicado cuando jóvenes a escondidas de sus padres que lo prohibían. Al preguntar si les gustaría participar en un programa de ejercicios solamente 12 ancianos respondieron afirmativamente, siempre y cuando no fuera difícil.

Después de realizar la encuesta el equipo se percató que la mayoría de los ancianos relaciona el trabajo remunerado o doméstico con el ejercicio.

En relación a la bibliografía existente se encontró muy poca información en lo que se refiere a ejercicios físicos con ancianos por lo que se acudió a la Escuela Superior de Educación Física a solicitar apoyo, sin embargo no se encontró a profesionistas interesados en esta materia. Por lo que se centro la investigación en ejercicios aeróbicos de bajo impacto y en folletos del Programa de "Pausa para la Salud" del Departamento de Fomento Deportivo del ISSSTE. Por otra parte se obtuvo

asesoría de dos médicos con especialidad en Medicina del Deporte de Promoción Deportiva del Distrito Federal.

Para la formulación del Programa de Activación Física se tomó en cuenta que:

- El ejercicio físico junto con una dieta balanceada son la base para un proceso de envejecimiento normal y de un incremento de las capacidades y habilidades físicas de los adultos mayores.
- La capacidad de adaptabilidad al ejercicio permanece inalterada con la edad.
- Se considera que, un adulto mayor se encuentra en buena salud si está físicamente apto y libre de alguna enfermedad significativa.
- El estado de salud y los tratamientos médicos a los que está sujeto el adulto mayor pueden alterar el desempeño del anciano en el programa de ejercicios.

En el Programa de Activación Física para adultos mayores de 60 años fue necesario considerar ejercicios para mantener la flexibilidad, la fuerza, la resistencia, la coordinación y el balance.

Considerando que:

- I. Flexibilidad .- Es la capacidad para realizar movimientos de gran amplitud.
- II. Fuerza .- Es la capacidad del cuerpo para ejercer o superar una tensión contra una resistencia.
- III. Resistencia. Es la capacidad para realizar una determinada tarea de movimiento durante un tiempo relativamente largo sin modificar, la calidad del trabajo.
- IV. Coordinación. Es la capacidad de resolver en secuencia ordenada y armónica un problema de movimiento.
- V. Balance. Es la capacidad de mantener la armonía de los movimientos del cuerpo sin perder el equilibrio.

A la aplicación de un conjunto de ejercicios corporales dirigidos racionalmente a desarrollar y mejorar las cualidades antes mencionadas se le considera Acondicionamiento Físico siendo sus principales beneficios:

- Estimular la adquisición de conocimientos, hábitos y destrezas necesarias para la adaptación a las exigencias físicas de las actividades cotidianas.
- Contribuir al mantenimiento y desarrollo de habilidades psicomotrices.
- Disminuir los factores de riesgo consecuentes del sedentarismo.
- Motivar la participación de los adultos mayores en actividades de acondicionamiento físico de grupo.

El Programa de Activación Física para la población senecta de Unidades Gerontológicas del INSEN tuvo como objetivos:

- ⇒ Que la población senecta de albergues y residencias conozca los beneficios que la actividad física le proporciona.
- ⇒ Que toda la población anciana de albergues y residencias que este apta médica y físicamente participe en el Programa de Activación Física.
- ⇒ Mejorar la participación de la población senecta de los albergues y residencias del Instituto Nacional de la Senectud, para que con la práctica cotidiana y sistemática de ejercicios físicos mejore su estado de ánimo y conserve sus actuales condiciones de salud.

El programa contaba con sesiones diarias de ejercicios con duración de 25 a 30 minutos, repitiendo de 4 a 8 veces cada movimiento.

En cada sesión se trabajaban:

6 ejercicios de flexibilidad, 8 de fuerza, 6 de resistencia, 5 de coordinación y 5 de balance. Todos ellos se realizaban siguiendo el ritmo de la música de su preferencia. Cabe hacer notar que los ejercicios se diseñaron para que pudieran ser realizados estando de pie o sentados en una silla.

Una vez terminado el programa se le presentó al Subdirector de Unidades Gerontológicas para su aprobación y puesta en marcha en los diferentes albergues y residencias pertenecientes al instituto.

En coordinación con la Jefatura de Unidades Gerontológicas y para dar a conocer el programa, se visitaron todos los albergues y residencias de día de acuerdo al siguiente cronograma.

CRONOGRAMA
PROGRAMA DE ACTIVACIÓN FÍSICA EN UNIDADES GERONTOLÓGICAS

MES	UNIDAD	N° SESIONES	POBLACIÓN ATENDIDA
OCTUBRE	CUAUHTEMOC	20	28
NOVIEMBRE	YÁCATAS	10	19
	ALABAMA	10	25
DICIEMBRE	GEMELOS	10	27
	MORAS	10	26
ENERO	DR. ATL	10	22
	GPE. PROLETARIA	10	38
FEBRERO	ANAXAGORAS	10	28
	C. SAN ANDRÉS	10	26
MARZO	HÉROES DEL 47	10	23
	ECATEPEC	10	30
TOTALES	11 UNIDADES	120 sesiones	292 personas

Al visitar las unidades se le entregó a Trabajo Social copia del programa y de la música.

En las residencias de día el Programa de Activación Física era aceptado con agrado por las trabajadoras sociales y los médicos responsables de la unidad, sin embargo, en los albergues hubo mucha resistencia por parte de trabajadores sociales y enfermeras porque nadie estaba dispuesto a aprender el programa para aplicarlo argumentando que a los ancianos no les gustaba hacer ejercicio por sus diversos problemas de salud.

4.3 Vinculación del Programa de Activación Física con la Enfermedad Articular Degenerativa Crónica.

En las Unidades Gerontológicas del Instituto Nacional de la Senectud se ha observado que algunas de las patologías más frecuentes en la población son los padecimientos crónicos degenerativos, especialmente la Enfermedad Articular Degenerativa Crónica, cuya repercusión no solamente es física, sino también psicológica y social.

Ya que el dolor les provoca a los adultos mayores inmovilidad, depresión, aislamiento, poca interacción grupal, apatía, poca o nula participación en actividades manuales y eventos sociales, dependencia hacia los demás para cubrir sus necesidades básicas, creando un ambiente de tensión entre la misma población atendida.

Uno de los factores de riesgo de mayor importancia para la incidencia y letalidad del padecimiento es el sedentarismo, mismo que debe evitarse en todas las etapas de la vida, en este sentido se considera que el ejercicio físico es la mejor medicina de la vida por lo que se hace indispensable plantear un programa de ejercicios físicos que permita aminorar los factores antes mencionados mejorando así su calidad de vida.

A pesar de que en el Albergue "Alabama" el Programa de Activación Física se realizaba con regularidad, fue necesario modificarlo para contrarrestar la inmovilidad que origina la Enfermedad Articular Degenerativa Crónica, misma que padece un alto porcentaje de la población atendida.

Así, los ejercicios que habitualmente se venían practicando, se enriquecieron y reagruparon en cuatro fases que en adelante constituirían el Programa de Activación Física para ancianos con Enfermedad Articular Degenerativa Crónica.

- Fase de calentamiento.

Es esta fase se realizarán ejercicios de calistenia procurando abarcar los grupos musculares más importantes y las articulaciones afectadas.

Parte de esta serie de ejercicios se realizará sentado en una silla para realizar movimiento suaves de piernas, rodillas, tobillos, brazos y hombros.

La duración será de aproximadamente 8 minutos.

- Fase de estiramiento.

Aquí se realizará la extensión de todas aquellas articulaciones que se han visto afectadas por la inmovilidad y el sedentarismo. Es importante resaltar que el paciente debe realizarlas él mismo evitando el muelleo y no podrá ser apoyado por otra persona para evita lesiones.

Los ejercicios podrán realizarse de pie o sentados en una silla.

La duración será de aproximadamente 6 minutos.

- Fase de ejercicio máximo.

En esta parte del programa se harán trabajar los grupos musculares más importantes con leve intensidad y utilizando un 40% de la frecuencia cardiaca máxima con movimientos aeróbicos de bajo impacto.

La duración será de aproximadamente 8 minutos.

- Fase de relajación,

En este rubro se realizarán ejercicios de relajación suaves, tendientes a disminuir el ritmo cardiaco y relajar los grupos musculares.

La duración será de aproximadamente 8 minutos.

Para la explicación precisa de cada ejercicio ver el Anexo 1

4.4. Aplicación del nuevo programa

Iniciar el nuevo programa de activación física fue relativamente fácil, en virtud de que ya existía un grupo cautivo que regularmente realizaba los ejercicios, sin embargo, con las modificaciones que se le hicieron a la actividad y por el ingreso de nuevos integrantes en su mayoría con la Enfermedad Articular Degenerativa Crónica y sin experiencia previa en este tipo de actividad, fue necesario cambiar la dinámica de las rutinas.

En primer lugar se cuidó que el ejercicio se realizara en espacios abiertos con buena ventilación y con el piso plano, pero no resbaloso para evitar caídas.

La duración inicial de la actividad no debía rebasar los 18 minutos de acuerdo a las capacidades de cada participante para gradualmente aumentar el tiempo, la cantidad de repetición para cada ejercicio, la calidad y tipo de movimiento. Una vez iniciado el programa se practicó diariamente.

Dada la diversidad de patología crónica degenerativas, el grado de movilidad física de la población era muy variable, por lo que se consideró la necesidad de que los ancianos realizaran los ejercicios sentados o bien con los apoyos que regularmente utilizan para moverse como son: andaderas, bastones o simplemente recargarse en la pared.

Los participantes en el programa, sobre todos los que se iniciaban en la actividad, estuvieron bajo supervisión médica para evitar cualquier sobrecarga de esfuerzo al corazón y evitar lesiones.

Con el tiempo y para hacer más dinámica y agradable cada sesión de ejercicios se utilizaron algunos implementos, que en ocasiones los mismos ancianos elaboraban, como son: pequeñas pelotas de esponja y vinil, costalitos de tela rellenos de semillas con un peso aproximado de 500 gr. y botellas con agua que al final de la sesión les ayudaran a hidratarse.

En su mayoría los ancianos acogieron con agrado el programa de ejercicios, sin embargo, fue

necesario realizar una serie de pláticas para motivar la participación de aquellos adultos mayores que por temor o apatía continuaban sin participar, del mismo modo se dieron a conocer los beneficios que la actividad física proporciona.

A petición de los abuelos, se convocó a familiares y responsables a una sesión sabatina de ejercicios, pues argumentaban que necesitan que los ayuden a ejercitarse cuando van de visita con ellos por varios días.

El registro de la participación de los adultos mayores albergados y residentes que participan en el Programa de Activación Física se realiza en la siguiente cédula:

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

ALBERGUE "ALABAMA"

SEMANA DEL _____ AL _____ DE _____ DE 200__

	L	M	M	J	V	OBSERVACIONES
INICIAN LA ACTIVIDAD						
ADULTOS MAYORES CON E. A. D. C.						
REALIZAN LA SESIÓN COMPLETA						
REALIZAN PARTE DE LA SESIÓN						
UTILIZAN APOYOS						

4.5. Logros e impacto social del programa

El Programa de Activación Física para ancianos con Enfermedad Articular Degenerativa Crónica se ha aplicado en el Albergue "Alabama" por más de 3 años consecutivos, con el trabajo constante de todo el equipo interdisciplinario, el apoyo de autoridades y familiares y la participación entusiasta de los adultos mayores, ha sido posible obtener resultados satisfactorios que nos obligan a seguir trabajando por la atención integral del anciano.

Muchos han sido los beneficios que el programa de ejercicios ha reportado, entre los más importantes podemos mencionar que:

- ✓ La práctica del ejercicio físico disminuye los síntomas del dolor no sólo a corto plazo sino a mediano también, obteniéndose un estado físico aceptable.
- ✓ La acción del ejercicio mejora el estado emocional, resultando una adecuada terapia para el anciano pues, en primer lugar al disminuir el dolor hay un efecto inmediato traducido en una sensación de alivio.
- ✓ Al mejorar el sistema músculo-esquelético hay una autoestima más adecuada debido a la seguridad de poderse mover con menor esfuerzo y mayor libertad, aumentando así su autonomía, esto implica una disminución de la sensación de pérdida y un aumento en el bienestar emocional.
- ✓ En la interacción social y la cohesión del grupo se observa un aumento significativo en la participación no sólo en las actividades sino también en la comunicación e integración con cada uno de sus miembros, logrando que los ancianos aislados al inicio del programa se acercaran a los demás.

✓ Al disminuir el dolor y aumentar la movilidad, los abuelos tienen una mayor disponibilidad a compartir y a comprometerse en actividades del grupo, así como a relacionarse con sus compañeros.

Por iniciativa de la Dirección de Asistencia del INAPAM en todos los albergues se implementa el Programa Escuela para Hijos, por lo que el equipo interdisciplinario del albergue, selecciona los temas que considera son de interés para familiares y responsables de los adultos mayores albergados y programa una serie de pláticas sabatinas con la finalidad de establecer una mejor comunicación entre los ancianos y su familia cabe mencionar que la invitación se extendió a la comunidad circundante al albergue de la cual se obtuvo buena respuesta.

Entre los temas que se trataron se programó una sesión de ejercicios con los abuelos, sus familiares, amigos y vecinos, en esta ocasión la asistencia fue muy buena y la participación entusiasta por lo que fue necesario programar tres sesiones más para mostrar las variantes que se pueden dar a la ejercitación de los adultos mayores.

Como consecuencia de esta experiencia surgieron invitaciones a diversas instituciones para dar a conocer el Programa de Activación Física para Adultos Mayores, por otra parte el Instituto solicitó el apoyo del Trabajador Social para participar como ponente en el Curso para Cuidadores Primarios Certificados por el INAPAM.

El Programa de Activación Física para Adultos Mayores ha tenido buena aceptación por lo que se ha solicitado en diversas ocasiones a la Subdirección de Unidades Gerontológicas se imparta dicho programa dentro y fuera de la institución.

Por lo que el Trabajador Social ha participado como ponente sobre el tema en las siguientes eventos:

- "Cuarto encuentro de familiares y profesionales para la atención de los ancianos con deterioro

cognoscitivo" Tema: Movimiento por tu salud. NOVARTIS-INAPAM. Enero, 2004

- "Cuidadores Primarios" Tema: Actividad Física, Programa de Ejercicios. Ecatepec, Edo. México. Julio, 2003
- "Cuidadores Primarios" Tema: Actividad Física, Programa de Ejercicios. Ecatepec, Edo. México. Junio, 2003
- "Sensibilización para el proceso de envejecimiento" Tema: Ejercicios y calidad de vida. Esc. Prim. "CHIPRE". Febrero, 2003
- "Tercer encuentro de familiares y profesionales para la atención de los ancianos con deterioro cognoscitivo" Tema: La mecánica corporal. Centro de Capacitación Laboratorio NOVARTIS. Enero, 2003
- "Cuidadores Primarios" Tema: Programa de Activación Física para el Adulto Mayor. INAPAM. Octubre, 2002
- "Concepción Holística del Proceso de Envejecimiento" Tema: Programa de Activación Física para el Adulto Mayor. INAPAM. Octubre, 2002

CAPÍTULO 5

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1. Propuesta de Intervención Profesional

La aplicación, por más de tres años, del Programa de Activación Física para el Adulto Mayor en el "Albergue Alabama" ha dado como resultado el fortalecimiento de la salud de los ancianos y el enriquecimiento social y personal, logrando el acercamiento entre los participantes, lo que conlleva a buscar el beneficio a favor del grupo, haciendo más cálida su estancia en él y mejorando en forma integral su calidad de vida.

Sin embargo, el programa se ha circunscrito únicamente al "Albergue Alabama" y salvo algunas invitaciones de instituciones privadas y de salud, que han solicitado la presentación del mismo, este es desconocido por las Unidades Gerontológicas (residencias y albergues) del INAPAM, por lo que se considera la necesidad de solicitar a las autoridades correspondientes la oportunidad de dar a conocer a: médicos, enfermeras y trabajadoras sociales de las Unidades Gerontológicas el Programa de Activación Física para el Adulto Mayor, así mismo difundir entre familiares y responsables de los ancianos albergados y residentes, los beneficios de un programa de ejercicio físico en cualquier etapa de la vida promoviendo así el autocuidado.

Las propuestas que a continuación se presentan tienen por objeto dar a conocer: al personal que labora en todas las Unidades Gerontológicas y al público en general, el Programa de Activación Física como una forma de retardar y minimizar los estragos que causa la enfermedad articular degenerativa.

➤ Es importante sensibilizar a: médicos, enfermeras y trabajadores sociales de los estragos que causa el sedentarismo y la inactividad física en los adultos mayores, por lo tanto propongo que se

realice una reunión de trabajo con los profesionales responsables de la atención de los ancianos en las Unidades Gerontológicas con los siguientes temas:

- ✓ Enfermedad Articular Degenerativa Crónica. Causas y consecuencias.

Ponente: Dr. (a)

Duración: 40 min.

- ✓ Dolor y relaciones sociales.

Ponente: Psic.

Duración: 40 min.

- ✓ Programa de Activación Física para Adultos Mayores.

Ponente: T.S. Eduardo Martínez Calderón

Duración: 40 min.

- Se sugiere que al término de la reunión se le entregue a los responsables de cada Unidad Gerontológica un cronograma indicando la fecha en que su unidad será visitada por el T. S. para implementar el programa de activación física con los adultos mayores, con la finalidad de capacitar a trabajadores sociales y enfermeras en la aplicación del mismo y motivar a las personas de edad.
- Es importante capacitar al personal que se hará cargo del Programa de Activación Física por lo tanto sugiero que se visite cada albergue o residencia para realizar el programa y resolver las dudas que de él surjan.
- Es necesario que posteriormente a estas visitas se realicen reuniones de seguimiento para valorar los resultados y ajustar el programa a las necesidades que presente cada unidad.
- Para reforzar el vínculo familia - abuelo - institución sugiero reuniones con los familiares y/o responsables para darles a conocer el Programa de Activación Física, lo practiquen con su familia y puedan ayudarlo en su ejercitación cuando se encuentre en casa con ella.

➤ Se considera importante sensibilizar a los familiares y/o responsables sobre la importancia del ejercicio físico en cualquier etapa de la vida por lo tanto se sugiere que en sesiones sabatinas y retomando el Programa Escuela para Hijos se trabajen los siguientes temas:

1ª. Sesión.

Promoción del Autocuidado. Prevención de factores de riesgo (obesidad, tabaquismo, sedentarismo y estrés)

Ponente:

Duración: 1 hora.

2ª. Sesión.

Cuidado de la salud en individuos mayores de 40 años.

Ponente:

Duración. 1 hora.

3ª. Sesión.

Promoción de un envejecimiento activo.

Ponente:

Duración. 1 hora.

4ª. Sesión.

Promoción de la autonomía y la integración a la sociedad del adulto mayor.

Ponente: T. S. Eduardo Martínez calderón

Duración. 1 hora.

5ª. Sesión.

Promoción de la independencia por medio de un Programa de Activación Física.

Ponente. T. S. Eduardo Martínez Calderón

Duración: 1 hora

- Se sugiere que se invite a la Escuela Superior de Educación Física y a otras instituciones dedicadas a la cultura física y deporte a prestar su servicio social en las Unidades Gerontológicas del INAPAM para de esta manera se considere al adulto mayor en sus proyectos y programas.

- Que el trabajador social , evalúe, sistematice y documente las acciones que se realizan con los adultos mayores con el fin de mejorar y hacer más eficiente su quehacer profesional.

CONCLUSIONES

Aun cuando es cierto que las personas adultas mayores, después de los 70 u 80 años, sufrirán de una o más enfermedades crónicas, también es posible que se pueda demorar la aparición de éstas o aliviar y disminuir su sintomatología si se sigue un cierto estilo de vida. De ahí la importancia de divulgar información sobre la naturaleza y magnitud de esos problemas a fin de resaltar la urgencia de definir políticas institucionales tendientes a mejorar la salud de los adultos mayores.

Se ha demostrado repetidas veces que la actividad física mejora las condiciones normales del individuo y en aquellos en que sus funciones estuviesen afectadas, los beneficios son notorios y en muchas ocasiones hay una gran mejoría en su enfermedad, por lo tanto todo adulto mayor debe dedicar cierto tiempo para realizar alguna forma de actividad física ya que con esto logra mayores niveles de eficacia, control interno, mejoría en los patrones de sueño y relajación muscular.

El ejercicio físico puede contribuir a una mayor libertad de movimiento lo cual puede aumentar el sentido de independencia. En el ámbito social, permite más interacción con otros y promueve el crecimiento social ampliando las relaciones sociales, creando así nuevas amistades y desarrollando un espíritu de pertenencia con personas de la misma edad.

Las personas de edad avanzada tienden a perder parte de sus sistemas de apoyo (hijos, esposo y/o esposa, amistades) a través del tiempo y a ser más abiertas al apoyo compensatorio de otras fuentes, el aumento en la interacción social facilitará la recreación y la participación en programas de ejercicios que pueden llegar a aliviar los sentimientos de soledad y ansiedad producidos por estas pérdidas y cambios sociales en la vejez.

La capacidad para mejorar y cambiar el estado de salud existe en cada ser humano, por lo tanto es responsabilidad de cada uno el saber aprovecharla.

Envejecer de manera saludable implica no solo tener la posibilidad de cuidados médicos ante los problemas de salud, implica también reconocer a los ancianos como seres humanos con necesidades y posibilidades especiales. Significa aceptar que, además de un buen estado de salud física, los adultos mayores necesitan respeto, seguridad, reconocimiento y sentirse partícipes de la sociedad a la cual pueden aportar su experiencia e interés.

Actualmente parece que el adulto mayor está de moda, cada vez surgen más ofertas de cursos de postgrado y especialización, por lo que la gerontología tiene hoy en día múltiples campos de aplicación, se habla de gericultura, psicogerontología, etc..., pero no se habla de Trabajo Social Gerontológico.

El profesional de Trabajo Social que se desempeñe con adultos mayores requiere de un amplio conocimiento de todos los factores que rodean, influyen y condicionan al individuo y su medio, es decir se requiere conocer al anciano en su contexto.

Trabajo Social es pieza imprescindible dentro del enfoque interdisciplinario que aborda al adulto mayor por lo que es indispensable la preparación profesional para trabajar con este sector de la población.

Trabajo Social como parte fundamental de la atención integral al Adulto Mayor no debe quedarse al margen en su participación en el desarrollo de la Gerontología en México.

La actualización, la investigación y la sistematización de la experiencia como metodología permitirá al Trabajador Social atender adecuadamente a las crecientes necesidades del Adulto Mayor no solo en sus necesidades de atención a la salud sino también a la problemática económica, laboral y familiar a la que se tiene que enfrentar durante sus últimos años de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Mundial Sobre El Envejecimiento. Viena Austria, Agosto 1982.
- Baeza, Víctor. Terapias contra la Artrosis. Revista MEDIX. Guía Práctica de la Salud. México. Año VI. N° 10
- Beauvoir, Simone de. La Vejez. Ed. Sudamericana. Buenos Aires, Argentina. 1970.
- Bize, P. Una nueva vida: La Tercera Edad. Bilbao, mensajero, 1980.
- Bravo Barajas, César. Evaluación del Rendimiento Físico. Editorial Didáctica Moderna. México. 1992.
- Brigg, MC. Y Fuentes A. La problemática de la vejez en México. Instituto Nacional de Psiquiatría. México (Artículos de Psiquiatría y Salud Mental)
- Cano A. Perspectivas de la Seguridad Social en México. Tesis de actuaría, ITAM. México. 1993
- Casas Torres, Graciela. La Universidad para las Personas Mayores , Modelo de Educación par la Salud, dirigido a una población anciana. Un proyecto de la UNAM desde la Escuela Nacional de Trabajo Social. En Revista Trimestral Trabajo Social N° 8 Adultos Mayores ENTS, UNAM. 2003 p.p.2
- Castellanos, María C. Manual de Trabajo Social. Editorial Prensa Médica Mexicana. México. 1962
- Chesnais, Jean-Claude. El Proceso de Envejecimiento de la Población. L:C:/DEM/G87, Serie E, 35, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de demografía. 1980
- Cifuentes Gil, Rosa María La sistematización de la práctica del Trabajo Social. Colección Política, Servicios y Trabajo Social. Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina
- Consejo Nacional de la Población de México y de las Entidades Federativas, 1980 - 2010. México. 1990
- CONAPO, DIF. El Proceso de Envejecimiento en el Mundo, Serie Sociodemografía del Envejecimiento en México, Noviembre 1994. México.
- CONAPO, DIF. La Población de la Tercera Edad en México 1950 - 1990, Serie Sociodemografía del Envejecimiento en México. Noviembre 1994. México.
- VIII Congreso Nacional de Geriatria y Gerontología. La inmovilidad en el anciano.
- Contreras de Wilhelm, Yolanda Trabajo Social de Grupos. Editorial Pax México. 1979
- Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas al Deporte. Tablas y Valores de Calificación, Comisión Nacional de Deporte, Centro Nacional de Medicina y Ciencias Aplicadas al Deporte. 1996
- Fernández Ballesteros, Rocio. Gerontología Social. Ediciones Pirámide. Madrid, España. 2000
- Fiske, M. Edad Madura . México 1978. Harper&Row. Latinoamericana.
- Friedlander , W. A. Dinámica del Trabajo Social. Editorial Pax México. 1981
- Fuentes Aguilar, Luis, Fuentes Aguilar Raúl. Salud y Vejez. Editorial El Caballito. México 1978.
- Gamietea Domínguez, Carmen. Envejecer es Natural. Aletheia Número 6, Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.pag. 77 - 85

- García R. J., Casamayor M.G. Programa de Ejercicios para Hogares y Casas de Abuelos I.N.D.E.R. Cuba 1987
- Gerald, Frank A. Fundamentos de Psicología. Ed. Trillas. México. 1972
- Goldberg L. Elliot A. L. Fisiología y fisiopatología en el Ejercicio Físico. Ed. Interamericana. México. 1985
- González Nuñez José de Jesús. Interacción Grupal. Editorial Planeta Mexicana, Colección Nociones. México 1992
- González N. J. Monroy de Velazco, A y Kupperman S.E. Dinámica de Grupos, Técnicas y Tácticas. Editorial Concepto. México 1978
- Guerrero Mondragón, Eva. El anciano y su realidad actual. Tesis Profesional. ENTS, UNAM 1984
- Guillén Llera, Francisco, Pérez del Molino Jesús, Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico. Masson, S.A. 1994 Barcelona, España
- Hooker, S. La Tercera Edad. Barcelona Gedisa. 1978
- Hudson N., Paul. Problemas de tratamiento. Mundo Médico. México. 1996
- INAPAM. ¿Quiénes somos y qué hacemos?. SEDESOL. 2002
- INAPAM. Historia de sus Acciones, Aprendizaje de la Experiencia y Proyección hacia un nuevo Milenio. 2003 Compiladora Laura F. Miranda Valenzuela
- Instituto Nacional de la Senectud. La Ancianidad México 1978
- Kisnerman, Natalio Servicio Social de Grupo. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina. 1978
- Koumosky N. Cómo lograr una Buena Condición Física. Editorial Diana. México 1981
- Krassoievitch, M. Vejez y Redes Sociales. Ed. Casa del Tiempo. Vol. 2. 2000.
- La Tercera Edad en México. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Instituto Nacional de estadística, Geografía e Informática. México.
- Las Naciones Unidas y la Cuestión del Envejecimiento. Agosto 1992
- Lehr, U. Psicología de la Senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento. Barcelona, Herder 1988
- Lozano Cardoso, Arturo. Problemas músculo-esquelético. Introducción a la Geriatría. Méndez Editores. México. 1992
- Majos, Angélica Manual de Prácticas de Trabajo Social. Siglo XXI Editores. México 1995
- Marchiori, H. Personalidad del anciano. México 1976. Instituto de Seguridad Social del estado de México.
- Meave Partida, Etna. Dinámicas Recreativas para trabajo con grupos. Ediciones ETME. México, 1996
- Michet J. Clement MPH y cols. Enfermedades reumatológicas frecuentes. Mundo Médico. México. 1996

- Moncayo Gil, F.L. Estilos de vida y vejez. Marco de intervención Psicogeriátrica. 1989
- Morangas, Ricardo. Gerontología Social. Editorial Herder. 1991. Barcelona, España.
- Morales Córdova Manual de Recreación Física. Editorial Limusa Grupo Noriega Editores. 1992
- Ortiz de la Huerta, Dolores. Antología para la Unidad Temática. Salud del Anciano. Parte 2. Facultad de Medicina UNAM. México. 2003
- Parreño JR, Blanco Arguelles, Flores Tasco, Guillén Llera, Jiménez Herrero, Jover de Castro. Tercera edad sana. ejercicios preventivos y terapéuticos. Colección Rehabilitación, Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid 1985
- Polonio López, Begoña Terapia Ocupacional en Geriatría. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España. 2002
- Rubio Suárez, Eduardo. Biología del envejecimiento humano. Investigación y Ciencia. GEMAC. 1980
- Salgado Alberto, Guillén Francisco. Manual de Geriatría. Ed. Salvat. España. 1990.
- Sánchez Rosado, Manuel Elementos de Salud Pública Editorial Méndez Cervantes. México. 1983
- Sánchez Salgado, Carmen Delia. Gerontología Social. Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina. 2000
- Shestack, Robert Manual de Fisioterapia Editorial Manual Moderno. México. 1977.
- Stassen Berger, Kathleen. Psicología del desarrollo: Adulthood y Vejez. Ed. Médica Panamericana. Madrid, España 2001
- Tecla J. Alfredo. Teoría, Métodos y Técnicas en la Investigación. México. Ed. Taller abierto. 1995
- Valle González A. Barajas R. y cols. Manual de medicina general. Ed. Trillas. México. 1986
- Viseda Heras J. A Martínez Granado. M. C. Revista de Psicología. Universidad Iberoamericana. México VOL. 5 Junio 1997
- William B. Abarham Manual Merck de Geriatría. Ediciones Doimar. Barcelona, España. 1992
- Zazueta Montiel, Beatriz. Enfermedad Articular Degenerativa. Lecturas de Reumatología. Congreso Mexicano de Reumatología. Merck México. Vol. 4 No. 2 1994 p. 22 -23.

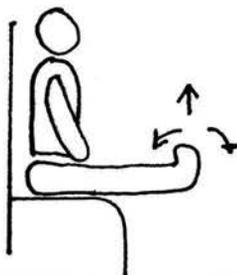
ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE ACTIVACIÓN FÍSICA PARA EL ADULTO MAYOR

EJERCICIOS

1. Sentados en la orilla de la silla comenzar a deslizar los pies alternadamente con repeticiones de 4 a 8 veces con cada pie.



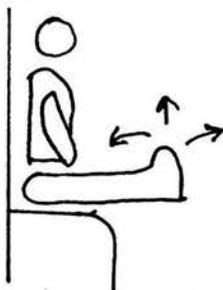
2. Sentados en la silla, levantar ambas piernas, dar medio giro a la derecha, regresar a centro, dar medio giro a la izquierda y regresar al centro, realizando repeticiones de 8 a 10 veces.



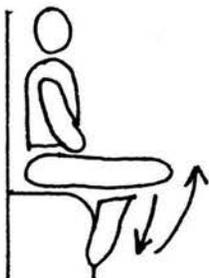
3. Sentados en la silla, levantar en forma alternada las rodillas, realizando 8 repeticiones con cada rodilla.



4. Sentados en la silla levantar ambas piernas, sacar puntas y talones en forma alternada, repetir el ejercicio en 3 series de 6.



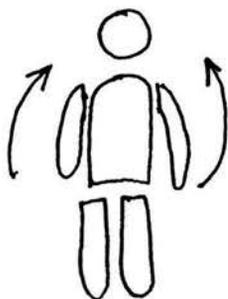
5. Sentados en la silla, estirar las piernas en forma alternada 16 veces.



6. Sentados en la silla, estirar las piernas con los pies juntos realizar círculos a la derecha 4 veces y círculos a la izquierda 4 veces.



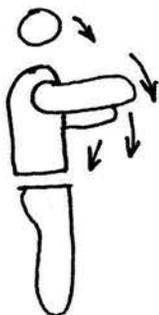
7. De pie (quienes puedan) con las piernas separadas a la altura de los hombros, realizar 3 respiraciones profundas, inhalando al elevar los brazos y exhalando al bajarlos, es importante mantener la cabeza al frente y no bajarla completamente.



8. De pie levantar los brazos rectos con encima de la cabeza, bajarlos lentamente llevándolos hacia atrás sin que exista ninguna molestia o dolor, repetir el ejercicio 8 veces.



9. De pie girar el brazo derecho al frente 8 veces, realizar el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.



10. De pie girar ambos brazos hacia el frente 8 veces.



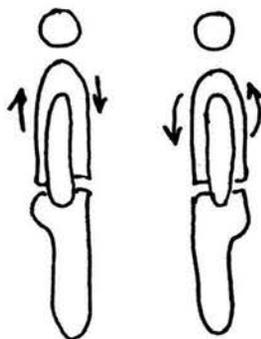
11. De pie girar el brazo derecho hacia atrás 8 veces, realizamos el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.



12. De pie girar ambos brazos hacia atrás 8 veces.



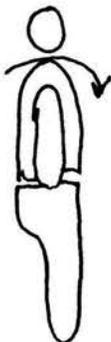
13. De pie levantar los hombros en forma alternada 8 veces.



14. De pie levantar y bajar ambos hombros 8 veces.



15. De pie girar los hombros hacia el frente, repetir el movimiento 8 veces.



16. De pie girar los hombros hacia atrás, repetir el movimiento 8 veces.



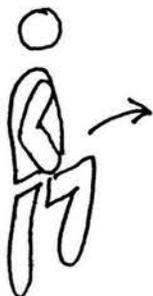
17. De pie con las manos en la nuca, abrir y cerrar los codos, repetir el ejercicio 8 veces.



18. De pie, separar los pies a la altura de los hombros y con las manos en la cintura flexionar el tronco hacia la derecha, regresar al centro y flexionar a la izquierda, realizar el movimiento 16 veces.



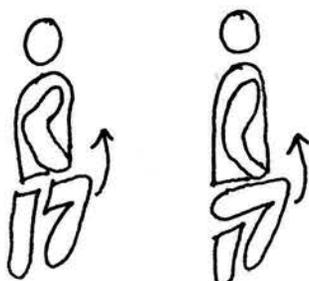
19. De pie, desplazar el pie derecho al frente y flexione la rodilla 8 veces, realizar el mismo ejercicio con el pie izquierdo.



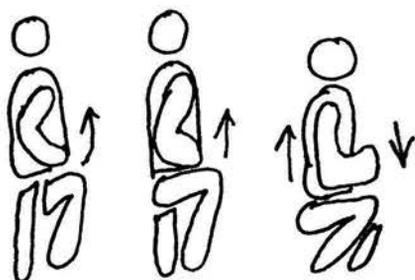
20. Caminar de 2 a 4 minutos alternando paso normal con paso rápido según se indique.



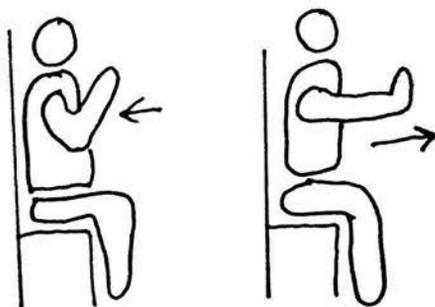
21. De pie levantar las rodillas en forma alternada sin moverse de su lugar, repetir el ejercicio 10 veces.



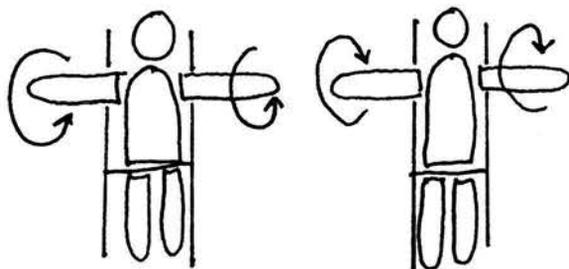
22. De pie levantar rodilla derecha, después rodilla izquierda y realizar una sentadilla, sin llegar hasta abajo



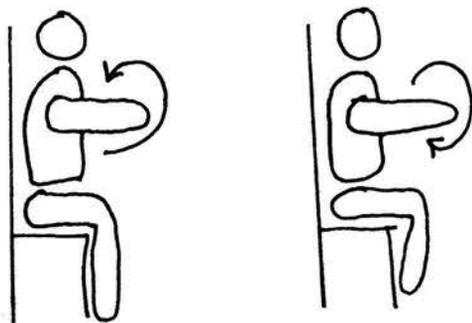
23. Sentado en la silla, extender los brazos abriendo las manos, flexionar los brazos cerrando las manos, repetir el ejercicio 8 veces.



24. Sentados en la silla con los brazos laterales, realizar círculos hacia delante 8 veces, repetir el mismo movimiento hacia atrás.



25. Sentados en la silla con los brazos extendidos al frente, realizar círculos con las muñecas hacia adentro 8 veces, repetir el ejercicio realizando círculos hacia fuera.



ANEXO 2

EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINETTI

NOMBRE _____ EXPEDIENTE _____ SEXO _____
 FECHA _____ EDAD _____ N° DE PRUEBA _____

BALANCE: El sujeto debe estar sentado en una silla rígida sin brazos

1. BALANCE SENTADO Se va de lado y resbala.....0 Se mantiene firme y seguro.....1	6. EMPUJON EL SUJETO CON LOS PIES JUNTOS EL EXAMINADOR EMPUJA CON LA MANO EN EL ESTERNÓN Cae.....0 Se tambalea recupera.....1 Firme.....2
2. LEVANTARSE Incapaz sin ayuda.....0 Capaz pero se apoya en brazos.....1 Capaz sin brazos.....2	7. CON LOS OJOS CERRADOS Inestable.....0 Estable.....1
3. INTENTOS PARA LEVANTARSE Incapaz.....0 Capaz en más de un intento.....1 Capaz al primer intento.....2	8. GIRO DE 360 GRADOS Pasos irregulares.....0 Pasos uniformes.....1 Inestable.....0 Estable.....1
4. BALACE INMEDIATO AL LEVANTARSE (5 SEG.) Inestable mueve los pies y oscila.....0 Estable pero usa apoyo físico.....1 Estable sin ningún apoyo.....2	9. AL SENTARSE Inseguro se deja caer.....0 Usa los brazos.....1 Seguro normal.....2
5. BALANCE DE PIE Inestable.....0 Estable pero con amplia base menor a 10 cm. o con apoyo físico.....1 Estable con base normal.....2	10. CALIFICACIÓN _____ NORMAL 16 PUNTOS

MARCHA: El sujeto se pone de pie con el examinador y camina a su paso de ida y a paso rápido de Regreso

1. INICIO DE LA MARCHA INMEDIATO A LA ORDEN Duda o intenta arrancar más de una vez.....0 No titubea.....1	2. BASE DE SUSTENTACIÓN Talones separados.....0 Talones se tocan al caminar.....1
3. LONGITUD Y ELEVACIÓN DEL PASO El balance del pie derecho no rebasa al pie izquierdo.....0 Rebasa el pie izquierdo.....1 El pie derecho no deja el piso.....0 El pie derecho deja el piso.....1	4. LONGITUD Y ELEVACIÓN DEL PASO El balance del pie izquierdo no rebasa el pie derecho.....0 Rebasa el pie derecho.....1 El pie izquierdo no deja el piso.....0 El pie izquierdo deja el piso.....1
5. SECUENCIA EN LOS PASOS (APROXIMADA ENTRE DERECHA E IZQUIERDA) Desigual.....0 Uniforme.....1	6. CONTINUIDAD DE LOS PASOS Discontinuos.....0 Continuos.....1
7. RUMBO Marcada desviación.....0 Moderada desviación o se apoya.....1 Derecho sin auxilio.....2	8. TRONCO Balanceo marcado o usa apoyo.....0 No hay balanceo pero flexiona las rodillas dorso o separa brazos.....1 No balanceo ni flexión.....2
	CALIFICACIÓN _____ NORMAL 12 PUNTOS

REALIZÓ _____ REVISÓ _____

ANEXO 3

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE KATZ

NOMBRE _____ EXPEDIENTE _____ SEXO _____
 FECHA _____ EDAD _____ N°. PRUEBA _____

<p>1. BAÑARSE Recibe ayuda Recibe ayuda para lavarse una parte del cuerpo Recibe ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo Se baña</p>	<p>4. LEVANTARSE Se levanta y se acuesta solo puede usar bastón Se levanta y se acuesta con ayuda Es incapaz de levantarse aún con ayuda</p>
<p>2. VESTIRSE Se viste solo y coge la ropa solo Requiere solo ayuda para los zapatos Recibe ayuda para el vestido No se viste</p>	<p>5. COMIDAS Come solo sin ayuda usa los cubiertos Requiere ayuda para cortar la carne Requiere ayuda total para comer Se alimenta por sonda</p>
<p>3. IR AL SERVICIO Va solo se arregla solo usa urinal o cómodo solo Recibe ayuda para ir al servicio o para limpiarse No va al retrete</p>	<p>6. CONTINENCIAS Continente día y noche Incontinencia ocasional nocturna Incontinencia permanente</p>
	<p>CALIFICACIÓN _____ NORMAL 6</p>
	<p>NOTA: 6 NORMAL 5 MUY LEVEMENTE INCAPACITADO 4 LEVEMENTE INCAPACITADO 3 MODERADAMENTE INCAPACITADO 2 SEVERAMENTE INCAPACITADO 1 INCAPACITADO 0 INVÁLIDO</p>

REALIZÓ _____ REVISÓ _____

INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD
SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES GERONTOLÓGICAS
TRABAJO SOCIAL

CUESTIONARIO SOCIOMÉTRICO

Nombre: _____

1. ¿Con quién le gusta platicar? _____

2. En su recámara, ¿con quién se lleva mejor? _____

3. ¿Con quien le gusta sentarse? _____

4. ¿Con quién le gusta trabajar? _____

5. ¿A quién considera su amiga (o) ? _____

OBSERVACIONES: _____

APLICÓ _____

ANEXO 5

INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD
SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES GERONTOLÓGICAS
TRABAJO SOCIAL

ACTIVIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL

Nombre: _____

1. ¿Durmió usted bien? ()
2. ¿Se levantó de buen humor? ()
3. ¿Desayunó bien? ()
4. ¿Participó en la Terapia ocupacional? ()
5. ¿Tuvo algún conflicto con sus compañeros? ()
6. ¿Comió bien? ()
7. ¿Convivió con sus compañeros? ()
8. ¿Vio la televisión? ()
9. ¿Cenó bien? ()

OBSERVACIONES: _____

APLICÓ: _____



INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD

SUBDIRECCION DE UNIDADES GERONTOLOGICAS DEPARTAMENTO DE UNIDADES GERONTOLOGICAS

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

FECHA _____

VIII. DATOS GENERALES

No de afiliación _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Edo. Civil: _____ Grado de Escolaridad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: Calle _____ No. _____

Colonia: _____ Población: _____ Deleg.: _____

C.P. _____ Entidad: _____ Teléfono: _____

Vive solo: _____ Con quién vive: _____

Servicio que solicita: _____

Persona que solicita el servicio: _____

Parentesco: _____

Motivo: _____

RESPONSABLES DEL ANCIANO

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

OCUPACIÓN: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: Calle _____ No. _____

Colonia: _____ Deleg. _____ C. P. _____

Entidad: _____ Teléfono Particular: _____ Ofna. _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

OCUPACIÓN: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: Calle _____ No. _____

Colonia: _____ Deleg. _____ C. P. _____

Entidad: _____ Teléfono Particular: _____ Ofna. _____

Observaciones: _____

II. INTEGRACIÓN FAMILIAR

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TEÑEFONO	PERENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	ING. MENSUAL

OBSERVACIONES:

VIII. SITUACIÓN ECONÓMICA

a. Cómo obtiene sus ingresos: _____

Observaciones: _____

Total de ingresos personales: \$ _____

a. La familia contribuye al sostenimiento del anciano.

SI En que forma: _____

NO Por qué: _____

Total de ingresos: \$ _____

a. Egresos mensuales:

Alimentación: _____
 Vivienda: _____
 Luz: _____
 Agua: _____
 Combustible: _____
 Teléfono: _____
 Transporte: _____
 Otros: _____

Total de egresos: \$ _____

VIII. CONDICIONES DE LA VIVIENDA

IX. SEGURIDAD SOCIAL

a. Es derechohabiente de alguna institución de salud?

No	IMSS	ISSSTE	SSA	DDF
----	------	--------	-----	-----

Otro: _____

Domicilio de la clínica que le corresponde: _____

Afiliado por: Jubilación Pensión Cónyuge Hijo Otro _____

B) Es socio de alguna institución social? SI NO

Cuál? _____

C) Paga alguna perpetuidad? NO SI

Dónde? : _____

VI. OBSERVACIONES GENERALES

VII. DIAGNÓSTICO

VIII. PLAN SOCIAL Y SUGERENCIAS

EN CASO DE SER ACEPTADO EL SENECTO, EL DONATIVO SERÁ DE: \$ _____

Nombre del (la) Trabajador (a) Social: _____

Firma



INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD

**SUBDIRECCION DE UNIDADES GERONTOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE UNIDADES GERONTOLÓGICAS**

INFORME DE VISITA DOMICILIARIA

FECHA: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE VISITA: _____

No. DE AFILIACIÓN: _____ TELEFONO: _____

DOMICILIO: Calle _____ No. _____

Colonia: _____ Población: _____ C. P. _____

Entidad: _____

OBJETIVO DE LA VISITA: _____

SITUACIÓN SOCIAL: _____

SITUACIÓN FAMILIAR: _____

SITUACIÓN ECONÓMICA: _____

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS: _____

VISITA REALIZADA POR : Unidad _____

Nombre de (la) Trabajador (a) Social: _____

FIRMA



INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD

**SUBDIRECCION DE UNIDADES GERONTOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE UNIDADES GERONTOLÓGICAS**

FICHA DE ACTUALIZACIÓN PARA ALBERGUES Y RESIDENCIAS DIURNAS

FECHA: _____

Unidad: _____

Servicio: _____

Nombre: _____

No. de Afiliación: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Edo. Civil: _____ Escolaridad: _____

Ingreso mensual: \$ _____

DATOS DEL RESPONSABLE:

Nombre: _____

Edad: _____ Edo. Civil: _____ Sexo: _____

Parentesco: _____ Ingreso Mensual \$ _____

Ocupación: _____ Tel. ofna. _____

Domicilio particular: _____

Tel. _____

INTEGRACIÓN FAMILIAR

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	ING. MENSUAL

OBSERVACIONES: _____

SITUACIÓN FAMILIAR:

Ingresos Mensuales:

Ingresos: \$ _____

Ayudas Esporádicas \$ _____

Total: \$ _____

Donativo anterior asignado \$ _____

Donativo actual asignado \$ _____

Egresos Mensuales:

Alimentación: \$ _____

Vivienda: \$ _____

Luz: \$ _____

Agua: \$ _____

Combustible: \$ _____

Teléfono: \$ _____

Transporte: \$ _____

Otros: \$ _____

Total: \$ _____

SITUACIÓN FAMILIAR:

Dinámica Familiar: _____

_____Dinámica en la Unidad: _____

_____Salud del Senecto: _____

_____Observaciones: _____

Nombre del (la) Trabajador (a) Social: _____

Firma

Autorizado por: _____ Firma _____